UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946-1947 — N° 41

L'INTRA-DERMO-RÉACTION AU CUTI-DMELCOS

dans le DIAGNOSTIC du CHANCRE MOU et de ses COMPLICATIONS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 17 Mars 1947

PAR

Maurice WALCH

Né à CADILLAC (Gironde), le 17 Août 1919

Examinateurs de la Thèse	MM. JOULIA, professeur	*Président.*
	CREYX, professeur	*Juges.*
	SARIC, agrégé	
	LE COULANT, agrégé	

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1947

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536526_0038

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1947 — N° 41

L'INTRA-DERMO-RÉACTION AU CUTI-DMELCOS

dans le DIAGNOSTIC du CHANCRE MOU et de ses COMPLICATIONS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 17 Mars 1947

PAR

Maurice WALCH

Né à CADILLAC (Gironde), le 17 Août 1919

Examinateurs de la Thèse

MM. JOULIA, professeur ..... *Président.*
CREYX, professeur .....
SARIC, agrégé ..... *Juges.*
LE COULANT, agrégé....

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23, rue Teulère

1947

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. DUPÉRIÉ
Assesseur ..... M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES LEURET, PERY.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	CREYX.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
id.	DUPÉRIÉ.	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LOUBAT.
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER.	Clinique des maladies infectieuses	DAMADE.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Physique médicale et pharmaceutique	N.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.	Médecine coloniale et clin.des maladies exotiques	BONNIN.
Anatomie	VILLEMIN.	Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DARGET.
Hygiène	PIECHAUD.	Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET.
Médecine légale et déontolog.	DERVILLÉE.	Clinique d'oto-rhino-laryngol.	PORTMANN.
Electroradiologie et cliniq d'électricité médicale	N.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Chimie	CHELLE.	Hydrologie thérapeutique et Climatologie	N.
Botanique et matière médicale	GOLSE	Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ.
Pharmacie	VITTE.		
Physiologie	FABRE.		
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.		
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.		
Médecine expérimentale	AUBERTIN		

MM. PERRENS (Maladies mentales), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR	Obstétrique	N.
Histologie	BROUSSY.	id.	MAHON.
Physiologie	N...	Ophtalmologie	BESSIÈRES.
Médecine générale	BROUSTET.	Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS.
id.	SARIC.	Dermatologie et syphiligraphie	LECOULANT.
id.	DUBARRY.	Chimie médicale	TAYEAU.
id.	J. F. TRAISSAC	Physique médicale	REBOUL.
id.	N.	Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	CASTAGNOU.
id.	N.	Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	N...
id.	MAGENDIE.	Histoire naturelle médicale et parasitologie	N...
id.	POUYANNE.		
id.	LAUMONNIER.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Cryptogamie	GIRARD.
Accouchements	FAUGÈRE.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Puériculture	PERY.	Bactériologie	MOUREAU.
Zoologie et parasitologie	N.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Chimie biologique	TAYEAU.
Ophtalmologie	N...	Parasitologie, biologie appliq.	PAUTRIZEL.
Anatomie	RIGAUD.	Pathologie chirurgicale	N...
Chimie minérale	CASTAGNOU.	id.	N...
Botanique	GIRARD.	Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE ET A MON PERE,

Qui ont toujours été pour moi un admirable exemple de sacrifice et de dévouement, en témoignage de ma filiale affection.

A MES SŒURS ET A MON FRERE.

A TOUS LES MIENS.

A TOUS MES AMIS.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE.

A Monsieur le Professeur Agrégé P. LE COULANT,
Médecin Dermato-Vénéréologiste des Hôpitaux,

Qui m'a inspiré ce sujet de thèse et a bien voulu me conseiller utilement au cours de mon travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de ma profonde gratitude.

A MES JUGES,

Hommage respectueux.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR JOULIA,

Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques,
Officier d'Académie,

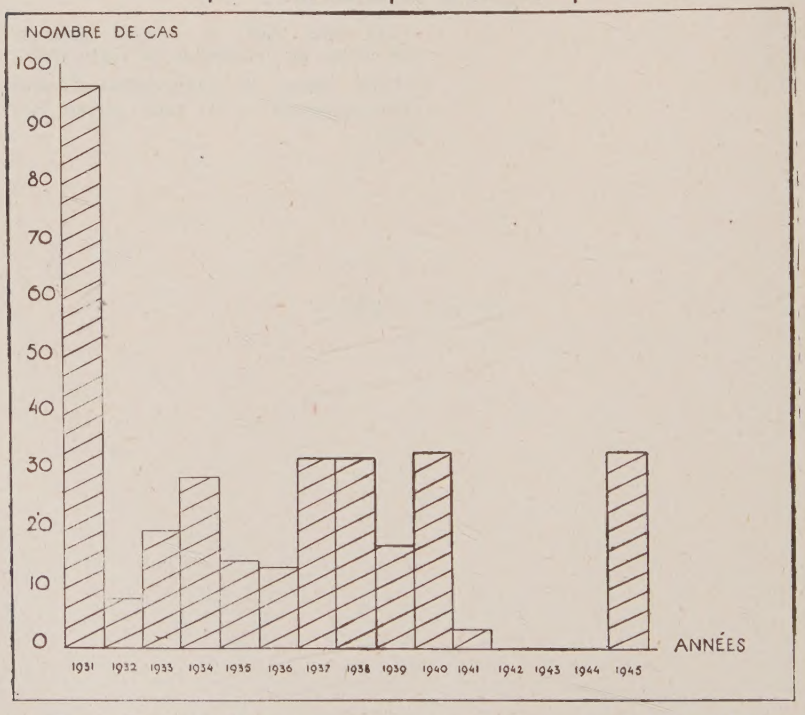
Qui m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements et de mon grand respect.

Nombre de nouveaux cas de chancre mou par année de 1931 à 1945

(Service de la Clinique Dermatologique de Bordeaux)

ANNÉES	NOMBRE
1931	97
1932	8
1933	20
1934	29
1935	14
1936	13
1937	33
1938	33
1939	17
1940	34
1941	3
1942	0
1943	0
1944	0
1945	34



Courbe du nombre de nouveaux cas de chancre mou observés de 1931 à 1945 dans le Service de la Clinique Dermatologique de Bordeaux

INTRODUCTION

Tout mouvement de population, de troupes, tout cataclysme humain déclanche une recrudescence de maladies vénériennes ; c'est là une loi bien vieille que personne n'infirmera.

La chancrelle n'échappe pas à cette loi.

Nous avons cru intéressant de reproduire ici, comme préambule à l'étude de cette affection, une statistique portant sur les quinze dernières années.

Le tableau et la courbe ci-contre montreront qu'après la guerre d'Espagne, le chancre mou était en recrudescence nette, puis a diminué légèrement en 1939. Sa fréquence a nettement progressé en 1940, lors de l'exode, pour redescendre très rapidement pendant les années 1941, 1942, 1943 et 1944, et pratiquement disparaître de nos consultations. Cette chute est certainement due à l'existence de la ligne de démarcation entre les zones Nord et Sud, puisqu'il a suffi qu'elle soit supprimée après la défaite allemande et que réapparaissent les mouvements de population venant d'Afrique du Nord en 1945 et 1946 pour voir immédiatement grimper la courbe de fréquence. On sait, en effet, qu'il existe en Afrique du Nord un foyer endémique ancestral du chancre mou.

Il faut savoir profiter de ces épidémies pour parfaire l'étude des infections ; c'est pourquoi, nous avons pensé, en utilisant cette floraison nouvelle de chancrelles, vérifier et contrôler les études déjà anciennes de l'allergie provoquée par l'infection à bacille de Ducrey.

De très nombreux auteurs avant nous ont étudié cette

question, bien connue depuis les travaux d'Ito et Reenstierna, mais les résultats de leurs recherches ne sont pas toujours concordants.

Nous avons refait avec le matériel dont nous disposions à la Clinique dermatologique les épreuves biologiques de diagnostic de la chancrelle.

Nous donnerons dans cette thèse les résultats antérieurs obtenus par nos devanciers et ceux que nous avons constatés chez les différents sujets auxquels nous avons pratiqué l'intra-dermo-réaction.

Des résultats comparés nous essaierons de déduire des données pratiques et sûres dans le diagnostic de cette affection vénérienne.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL HISTORIQUE

Le chancre mou et ses complications ganglionnaires étaient connus des médecins de l'Antiquité : Hippocrate, Celse, Gallien l'avaient étudié.

En France, il était connu et traité avant l'apparition de la syphilis. Lorsque celle-ci survint, les médecins de l'époque (Frascator, Marcellus Cumanus, Jean de Vigo, Bénédetti) surent différencier les deux maladies.

Puis, dès le début du XVI[e] siècle, le seul terme de « mal vénérien » désigna des affections aussi différentes que la syphilis, le chancre mou, la blennorragie, l'herpès et la gale.

Cette confusion dura trois siècles. Puis, en 1852, Bassereau, dans son *Traité des maladies de la peau symptomatiques de la syphilis*, admit que le chancre mou et la syphilis sont des maladies différentes.

Enfin, après une période pendant laquelle s'affrontèrent les théories uniciste et dualiste, Rollet, Fournier et leurs élèves différencièrent le chancre mou, le chancre induré et le chancre mixte.

En 1889, Ducrey décrivit le streptobacille. Unna le retrouva en 1892 dans des coupes de tissus.

En 1900, Bezançon, Griffon et Le Sourd réussirent à cultiver le streptobacille.

A partir de ce moment, le chancre mou fut définitivement individualisé et considéré comme une affection ne dépassant pas les lymphatiques.

En 1913, le Japonais Tetsuta Ito pratiqua les premières

injections intradermiques de cultures tuées de bacille de Ducrey pour étudier les réactions de l'organisme infecté.

Dès lors commence une nouvelle période.

Reenstierna, puis Nicolle et Durand, Teissier, Reilly et Rivalier, ne considérant plus le chancre mou comme une maladie purement locale, étudient les modifications humorales qu'il provoque.

Ces études, très importantes tant au point de vue pratique que théorique, ouvrirent la voie à de nouvelles méthodes de traitement et de diagnostic.

ETUDE CLINIQUE

1°) *Symptomatologie et variétés du chancre mou*

Environ quarante-huit heures après la contamination apparaît une petite vésicule qui se transforme bientôt en pustulette, puis en lésion chancrelleuse.

Dans ses formes typiques, le chancre mou est une ulcération très creuse dont les dimensions dépassent rarement celles d'une pièce de cinquante centimes. Sa forme est très variable suivant sa localisation ; et la convergence de plusieurs chancres mous donne des figures irrégulières à bords polycycliques.

L'ulcération est recouverte de pus verdâtre plus ou moins abondant, dont les couches superficielles peuvent se concréter sous forme de croûtelles.

Si on l'essuie, la plaie saigne facilement. On peut alors examiner le fond du chancre. Il est inégal, irrégulier, jaune gris, avec des petites saillies rouges. Dans l'intervalle des saillies, on peut observer quelques ulcérations punctiformes généralement remplies de pus, et des petits points hémorragiques.

Les bords sont taillés à pic, décollés, minés par la suppuration. A la limite externe du chancre mou, on peut observer deux liserés concentriques accolés, l'un externe rouge,

l'autre interne gris jaunâtre. Le liseré rouge, arrondi comme un cordonnet très mince, est la zone active d'accroîssement, *le repaire des streptobacilles*. Le liseré jaune est la trace nécrosée laissée par l'infection, qui s'est étendue excentriquement.

Le professeur Petges a insisté particulièrement sur l'importance de ce « signe des deux liserés », déjà décrit par les anciens auteurs, et fait remarquer à juste titre que la recherche du bacille de Ducrey est aisée si le prélèvement est fait au niveau du liseré rouge.

La base de l'ulcération est souple, parfois pâteuse, ne donnant pas la sensation cartilagineuse propre au chancre syphilitique. Enfin, cette ulcération chancrelleuse est toujours très douloureuse, spontanément, mais surtout au toucher.

Une fois sur trois, environ, le chancre mou ne s'accompagne pas d'adénopathie. Mais, dans les autres cas, il se développe une adénopathie inflammatoire qui suppure le plus souvent.

C'est le bubon chancrelleux.

A côté de cette forme ulcéreuse pure, il existe d'autres variétés de chancre mou.

On distinguera des variétés anatomo-cliniques :

Le chancre mou folliculaire naît sur les follicules pileux.

A la base de chaque poil apparaît une pustulette. Ces pustulettes s'évacuent et s'ulcèrent. On peut l'observer au pubis, à la vulve, sur les grandes lèvres.

Le chancre mou nain, de la dimension d'un grain de mil, est arrondi et peu profond, ressemblant à une lésion herpétique.

Il peut avoir une évolution particulièrement rapide et guérir spontanément en cinq à dix jours sans laisser de traces. Cette variété, décrite par les anciens auteurs sous le nom de *chancrelle volante*, est importante à connaître, parce qu'elle peut, aussi bien que tout autre chancre mou, donner des bubons chancrelleux, primitifs en apparence.

Le chancre mou géant dépasse les dimensions d'une pièce de deux francs, tout en conservant ses caractères et sa forme.

Le phagédénisme, caractérisé par une extension plus grande et un envahissement irrégulier en tous sens, doit être considéré comme une complication et non comme une variété.

Il existe également des variétés régionales.

On a décrit quelques observations de chancre mou de la langue (Gaucher, Milian) et plus rarement de la lèvre : Nicolau (de Bucarest) a signalé un cas de chancres mous des seins, sans autre localisation chancrelleuse. (Société de Dermatologie de Bucarest).

Aux membres supérieurs, en particulier aux doigts, il est assez fréquent. C'est souvent, alors, un chancre professionnel.

Par ailleurs, il n'est pas exceptionnel de voir les malades se contaminer eux-mêmes en faisant leurs pansements. Ils s'inoculent les érosions et petites plaies qu'ils peuvent avoir autour des ongles. Nous en signalons un cas (observation n° 16) confirmé par la recherche du bacille de Ducrey dans l'ulcération digitale.

Le chancre mou de la verge mérite une étude plus détaillée.

Contrairement au chancre syphilitique, il est exceptionnel au méat et rare sur le gland. Le bacille de Ducrey a, en effet, une affinité particulière pour la peau. Lorsqu'il siège au sillon balano-préputial, il est presque exclusivement localisé sur la partie cutanée, ne s'ouvrant pas, comme le chancre syphilitique en « feuillet de livre ».

Très fréquemment, il est situé sur le frein, qu'il peut sectionner en donnant une hémorragie.

Il existe enfin des chancres mous de l'orifice préputial, chancres en couronne présentant des fissures radiées. La douleur est telle qu'il est impossible de découvrir le gland, sans qu'il y ait toutefois un obstacle mécanique comme dans le phymosis syphilitique (observation n° 5).

Le chancre mou de l'anus est très fréquent chez la femme, par suite de la proximité de la vulve. Nous en signalons un cas (observation N° 13). Chez l'homme, il est plus rare et isolé. Souvent pris par les malades pour des hémorroïdes, c'est une lésion extrêmement douloureuse.

De même que le chancre syphilitique, il se manifeste par l'hypertrophie d'un pli radié. En déplissant les plis de l'anus, on voit la lésion s'ouvrir comme un livre. C'est une ulcération suppurante, qui s'enfonce vers l'infundibulum, présentant les caractères cliniques de l'ulcération chancrelleuse et dans laquelle on peut trouver le bacille de Ducrey.

Très fréquemment, il s'accompagne d'un ou plusieurs autres chancres plus petits à la périphérie.

On peut également, quoique rarement, voir le chancre mou sur le col utérin.

2°) *Les chancres mixtes*

A côté des chancres simples, dûs au bacille de Ducrey, on a individualisé le chancre mixte. Il fut découvert par Rollet qui, en 1859, le désigna sous le nom de « chancre induré réinoculable ». Il montra la coexistence sur le même chancre des deux maladies, syphilis et chancre mou ; d'où le nom de *chancre mixte*. Cette association fut, plus tard, confirmée par la constation, sur la même lésion, du bacille de Ducrey et du tréponème.

Milian distingue deux variétés de chancre mixte :

D'une part, les chancres mixtes primaires ; d'autre part les chancres mixtes secondaires, tertiaires et héréditaires.

a) *Le chancre mixte primaire*, résulte du contage en un même point de la peau par le bacille de Ducrey et le tréponème. Il est le plus fréquent.

Son évolution se fait en deux temps ; et ceci s'explique aisément, puisque l'incubation du chancre mou varie de un à huit jours, tandis que celle du chancre syphilitique est de 15 à 30 jours. Nous verrons donc apparaître d'abord une

ulcération typiquement chancrelleuse ; et, lorsque le temps normal d'incubation de la syphilis se sera écoulé, les caractères du chancre syphilitique apparaîtront. Cette transformation se fera progressivement. Le fond, d'anfractueux qu'il était, deviendra lisse et d'aspect jambonné. Les bords s'effaceront. Le chancre s'arrondira, s'indurera. A la fin, un chancre syphilitique typique se substituera au chancre mou. Il arrive cependant qu'une transformation aussi complète ne se réalise pas, par suite de la persistance du caractère ulcéreux du chancre mou.

Au cours des premiers jours, on pourra trouver des bacilles de Ducrey, et, à partir du vingtième jour, des tréponèmes. Il est fort rare qu'on les trouve simultanément.

A côté de cette forme classique, il existe d'autres variétés de chancre mixte primaire.

En particulier, *un chancre mixte à type chancrelleux pur :* dans cette forme, les caractères propres au chancre syphilitique n'apparaissent jamais. Seule l'apparition des accidents secondaires met en évidence la syphilis.

Les chancres divers simultanés, dans lesquels un chancre mixte peut se trouver à côté de lésions chancrelleuses pures.

Enfin, nous signalerons *le chancre syphilitique secondairement chancrellisé.* C'est une éventualité plus rare qui suppose deux contages successifs.

b) Les autres chancres mixtes signalés par Milian, — chancres mixtes secondaires, tertiaires et héréditaires, — ne résulteraient pas d'un double contage. Ils seraient dus à la « syphilisation des chancrelles sans contagion syphilitique externe mais par la syphilis antérieure du sujet ».

Ainsi, un sujet syphilitique, contaminé ultérieurement par le bacille de Ducrey, voit sa plaie chancrelleuse se modifier par association *in situ* de la syphilis.

Il réunit ces trois variétés sous le nom de *chancre mixte par auto-syphilisation*, et leur reconnaît deux aspects différents : *le chancre mixte papuleux*, et *le chancre mixte ulcéreux.*

Les chancres papuleux ne sont pas des ulcérations, mais des papules, des élevures arrondies, rouges, érodées « ressemblant à s'y méprendre à des syphilides papuleuses ». C'est le chancre mixte *papulo-érosif*.

Si ce chancre papuleux présente en son centre une ulcération très creuse du type chancrelleux, c'est un chancre mixte *papulo-ulcéreux*.

Les chancres mixtes tertiaires ulcéreux sont des chancres géants extrêmement douloureux. Arrondis ou polycycliques, à bords taillés à pic, ils présentent souvent des îlots de peau saine, caractères qui rappellent les syphilides tertiaires, et auxquels s'ajoute la douleur.

3°) *Le bubon chancrelleux*

Lorsque l'infection gagne les ganglions correspondants — la région inguinale dans le cas de chancre génital — le malade ressent d'abord une légère douleur à l'occasion d'une fatigue. Par la suite, cette douleur s'accroît, empêchant tout mouvement. Parallèlement, le ganglion augmente de volume, s'empâte et adhère à la peau qui devient rouge, enflammée. Le ganglion atteint le volume d'une noix, se ramollit et devient fluctuant. Abandonné à lui-même, il s'ouvrira spontanément, et il s'en écoulera quelques centimètres cubes de pus, couleur chocolat. La collection se videra et la suppuration se tarira peu à peu.

Chaque fois que nous avons cherché le bacille de Ducrey, par ponction, dans ce pus, ce fut sans succès, et ceci confirme l'opinion de Milian qui considère comme exceptionnel de le rencontrer à l'examen direct. Ducrey lui-même ne niait-il pas l'existence du bubon chancrelleux, qu'il considérait comme une suppuration sans rapport avec le chancre ? Et cependant, sa présence dans le pus a été démontrée par les inoculations positives accidentelles ou expérimentales qui ont pu être réalisées. En particulier, Fournier a pu obtenir des auto-inoculations positives avec le pus du bubon. Milian rapporte le cas d'un médecin qui s'est blessé au doigt en incisant un bubon chancrelleux et a vu s'y developper en

quarante-huit heures un chancre mou, malgré tous les soins d'antisepsie pratiqués immédiatement. Il signale également qu'il a pu, plusieurs fois, obtenir des cultures pures de bacilles Ducrey en ensemençant le pus du bubon.

Le professeur Dubreuilh avait remarqué, comme Milian, que l'on ne trouve que très rarement le bacille de Ducrey à l'examen direct dans le pus du bubon non ouvert, alors qu'il est facile de le mettre en évidence dans un bubon ouvert depuis un certain temps. Aussi, avait-il émis l'hypothèse que le bacille de Ducrey a besoin d'air pour se développer.

Et ceci est confirmé par l'observation clinique. Dans le cas du bubon ouvert spontanément et abandonné à lui-même, presque fatalement, les bords de la fistule se chancrellisent, même si les soins locaux donnés au chancre rendent impossible toute contamination extérieure par la peau.

Par contre, si l'on utilise la méthode de Fontan, cette chancrellisation secondaire ne s'observe jamais. et la plaie se referme rapidement.

Signalons enfin que le bubon, du moins dans sa période de début, alors qu'il n'est pas encore ramolli, s'accompagne d'une poussée fébrile dont le maximum peut atteindre 39° ou 40°. La température redevient normale dès que la collection purulente est formée.

Il est facile de prévoir également l'existence d'une lymphangite intermédiaire. Elle s'observe parfois cliniquement sous la forme de lymphangite dorsale de la verge. On peut également l'observer aux membres, comme nous l'avons constaté nous-mêmes (observation n° 16).

Elle se manifeste par une traînée rouge et par l'apparition d'un ou plusieurs *bubonules*, foyers inflammatoires isolés, qui augmentent de volume et constituent de véritables petits abcès du volume d'une noisette, qui, comme le bubon, évoluent vers la suppuration, et s'ils sont abandonnés à eux-mêmes, vers la chancrellisation.

CHAPITRE DEUXIEME

LE DIAGNOSTIC DU CHANCRE MOU et du BUBON CHANCRELLEUX

De la description que nous venons de donner du chancre mou, il est facile de dégager les traits essentiels permettant de faire un diagnostic clinique : ce sont surtout les bords décollés et polycycliques, le fond grisâtre irrégulier avec ses petites saillies, ses puits purulents et ses points hémorragiques.

Quant au bubon, c'est une adénopathie inguinale uni ou bilatérale, inflammatoire et douloureuse.

Mais si, dans la pratique, un tel tableau se trouve assez souvent réalisé, il ne peut pas entraîner une certitude, le chancre mou pouvant, en effet, simuler de nombreuses maladies : outre le fait qu'il faut toujours penser à la possibilité de l'association du chancre mou et de la syphilis (chancre mixte), la confusion est possible entre les chancres mous, syphilitiques, scabieux, et, plus rarement, avec le chancre de la maladie de Nicolas et Favre, mais aussi avec l'herpès ou même une ulcération banale des organes génitaux (furoncle).

De son côté, le bubon chancrelleux peut être confondu avec les adénopathies de la maladie de Nicolas et Favre, les adénopathies secondaires à un chancre scabieux ou a une plaie infectée du membre inférieur, et à la rigueur avec celles du chancre syphilitique.

Le diagnostic des adénopathies de l'aine n'est donc pas toujours facile ; et s'il est parfois simple, sur le papier, il

ne ménage pas les difficultés en pratique courante. Aussi, a-t-on accueilli avec plaisir les nouvelles méthodes de diagnostic biologique de cette affection.

Un germe est en cause : le bacille de Ducrey. La preuve la plus objective, la plus convaincante que nous puissions avoir sera la démonstration de son existence.

Le moyen le plus simple que nous ayons à notre dipo-sition est la *recherche du germe* dans le pus chancreux. Il est nécessaire, toutefois, d'observer certaines précautions au cours du prélèvement si l'on ne veut pas courir à l'échec. Tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Tout d'abord, avec une compresse imbibée d'eau stérilisée, on essuie la surface du chancre pour enlever le pus qui le recouvre et qui est pauvre en bacilles Ducrey et riche en germes banaux. Puis, au moyen d'un vaccinostyle stérilisé, on prélève du pus dans la région en activité, c'est-à-dire sur les bords décollés de l'ulcération. Lorsqu'il y a plusieurs chancres, c'est en prélevant *sur les plus jeunes qu'on aura le plus de chances de succès.*

Le pus prélevé est étalé régulièrement sur une lame. La lame est séchée et fixée à l'alcool-éther.

Pour colorer la préparation, plusieurs colorants peuvent être utilisés. Nous ne citerons que les plus usuels. Ce sont : le violet de gentiane, le bleu de méthylène en solution aqueuse saturée, la fuchsine de Ziehl diluée au 1/20, le *bleu de toluidine* en solution aqueuse saturée ou en solution phéniquée et la *méthode Gram*. Dans ce cas, le bacille de Ducrey, décoloré par l'alcool, est recoloré par la fuchsine, tandis que les germes banaux restent colorés par le violet de gentiane.

C'est, soit à la méthode de Gram, soit à la coloration par le bleu de toluidine que nous avons eu recours.

Quelle que soit la coloration utilisée, l'examen au micro-cospe mettra en évidence plusieurs germes, à côté du bacille de Ducrey. Charles Nicolle (Thèse de Paris 1893) en fait une énumération très complète en insistant sur le fait que

le bacille de Ducrey est toujours accompagné de deux autres espèces bactériennes : le staphylocoque blanc et le *bacterium cutis commune*, bacille allongé, isolé, à bouts arrondis, mais pouvant être tantôt relativement court, trapu, tantôt très long, se présentant parfois isolé, parfois sous forme de diplobacille. Quel que soit le colorant employé, il se colore entièrement, fortement et uniformément et ne se décolore pas par l'alcool.

Le bacille de Ducrey a une morphologie et une coloration caractéristiques :

On le rencontre souvent à l'état isolé. C'est un bacille en général trapu, à extrêmités très légèrement arrondies, qui ne fixe les colorants qu'à ses extrémités, la partie centrale restant incolore, et les bords étant légèrement teintés. D'où un aspect en navette caractéristique.

Sa morphologie peut être légèrement modifiée par la fixation. Il présente alors une dépression de chaque côté qui lui donne l'aspect d'un ∞

On peut aussi le rencontrer sous forme d'amas. Mais son aspect le plus caractéristique est la forme en chapelet. Forme courante dans les cultures, on peut aussi l'observer dans les frottis de pus étalés avec soin. Ce sont généralement des chapelets assez courts de deux à cinq éléments, mais pouvant atteindre parfois une dizaine d'éléments.

Plusieurs chapelets peuvent se trouver groupés et se présenter sous l'aspect d'un éventail.

Les caractéristiques du bacille de Ducrey sont suffisamment nettes pour éviter la confusion avec les autres germes, en particulier le *bacterium cutis commune*. De toute façon, en cas de doute, il suffirait de recourir à la méthode de Gram, qui ferait apparaître le bacille de Ducrey en rouge, tandis que le *bacterium cutis commune* serait uniformément coloré en violet, ainsi que le staphylocoque blanc.

Cette méthode, lorsqu'elle donne un résultat positif, entraîne évidemment la certitude. Malheureusement, dans de très nombreux cas de chancres mous, la recherche reste

négative, surtout lorsque les malades ont déjà appliqué localement des antiseptiques.

Dans les cas de bubons chancrelleux, les recherches que nous avons faites sur le pus ont été constamment négatives. Certains auteurs ont toutefois obtenu de meilleurs résultats : sur 46 cas, Ravaut obtient 9 résultats positifs, soit 20 %, tandis que Jersild signale 35 % de résultats positifs dans les bubons chancrelleux, et 56 % dans les chancrelles sans complication bubonique.

Quoi qu'il en soit, la proportion d'échecs reste importante. Aussi, a-t-on longtemps pratiqué *l'auto-inoculation*, méthode antérieure à la recherche du bacille.

Pour la pratiquer, on inocule au patient le pus de son propre chancre en utilisant la technique de la vaccination Jennerienne. Au moyen d'un vaccinostyle stérile, on prélève du pus sous le rebord décollé du chancre. Puis, on pratique une inoculation dans la région deltoïdienne, en piquant avec le vaccinostyle chargé de pus la peau préalablement aseptisée. On recouvre ensuite avec un verre de montre maintenu en place avec du diachylon.

Quarante-huit heures après, on examine l'inoculation. Si elle est positive, on observe une pustulette de la dimension d'une tête d'épingle à celle d'un grain de mil, entourée d'une zone inflammatoire. Il est possible de trouver le bacille dè Ducrey dans le pus de cette ulcération.

Le résultat recherché étant ainsi obtenu, il ne reste plus qu'à cautériser ce nouveau chancre.

Cette méthode donne un pourcentage de résutats positifs beaucoup plus élevé que la recherche du bacille de Ducrey.

Jersild signale, en 1934, qu'il a obtenu 36 % de résultats positifs dans les cas de bubons chancrelleux, et 61 % dans les chancrelles sans complications buboniques.

Par contre, sur une statistique portant sur 45 cas, Ravaut n'obtenait, en 1930, que 2 résultats positifs, soit environ 4 %. Aussi, préconisa-t-il sa propre méthode, *l'intra-épidermo-inoculation* qu'il considère comme beaucoup plus

sensible. Elle consiste à inoculer dans l'épiderme, avec une seringue et une aiguille fine, quelques gouttes de l'émulsion du produit de raclage du chancre ou du bubon dans du sérum physiologique.

Entre ses mains, cette méthode donna 18 résultats positifs sur 46 cas, soit environ 40 % de positivité.

Nous n'insisterons pas davantage sur ces deux méthodes qui ne sont plus guère utilisées. En effet, elles ne sont pas sans inconvénient pour le patient.

Tout d'abord, on crée un nouveau chancre qu'il faudra détruire ; ce qui est douloureux et laisse une cicatrice indélébile. D'autre part, il existe un danger plus grand : si l'inoculation est abandonnée à elle-même, soit par oubli du médecin, soit par négligence du malade, il peut se produire de vastes ulcérations et des complications ganglionnaires toujours longues à guérir.

L'intra-épidermo-inoculation, en particulier, peut, selon l'opinion de Jersild, aboutir à des chancrelles d'une dimension et d'une virulence considérables.

Ravaut lui-même signale que, dans les cas de chancrelle très infectée, l'intra-épidermo-inoculation peut déterminer des lésions phagédéniques.

Signalons également *la culture du bacille de Ducrey*, qui est, sans nul doute, une méthode théoriquement parfaite, et le critère le plus absolu lorsqu'elle est positive. Malheureusement cette culture est des plus délicates, et, malgré les techniques nouvelles d'isolement et de culture proposées par Reenstierna en 1918, et par Nicolau et Banciu, en 1928, sur lesquelles nous reviendrons plus loin, elle n'est pas passée dans la pratique courante.

C'est, enfin, à la suite des travaux de Tetsuta Ito que s'est trouvé remis en question le diagnostic biologique du chancre mou.

Après lui, Reenstierna, puis Nicolle et Durand, Teissier, Reilly et Rivalier, Nicolas, Lacassagne et Zeitoun, ainsi que

bien d'autres auteurs français et étrangers se sont intéressés aux réactions générales de l'organisme du chancrelleux.

Ainsi, furent découvertes successivement *l'intra-dermo-réaction* au moyen de cultures tuées de bacille de Ducrey, connue sous le nom de réaction de Ito-Reenstierna et la *réaction de fixation*, dont la technique a été réglée par Rivalier et exposée au Congrès de Nancy, en 1925, puis dans le *Journal de Physiologie et de Pathologie générale*, en 1927, et au Congrès de Strasbourg, en 1928.

Réservant un chapitre spécial à l'intra-dermo-réaction, nous allons aborder maintenant la question de la réaction de fixation.

Avant Rivalier, les modifications humorales de l'organisme infecté par le bacille de Ducrey avaient été très peu étudiées. Par suite de la difficulté d'obtenir des cultures homogènes de streptobacilles, les chercheurs se détournèrent de *l'épreuve d'agglutination*. Ils n'eurent pas plus de succès dans la recherche *des réactions de précipitation*, au moyen d'un autolysat de bacilles.

Dans la recherche *de la déviation du complément*, Ito, R. Müller, Otto Stein, échouèrent faute d'avoir un antigène convenable.

Rivalier, par contre, réussit à obtenir un antigène de valeur en opérant de la façon suivante :

Il isole le bacille de Ducrey sur milieu de Charles Nicolle et Reenstierna (gélose au sang de lapin défibriné) ou sur milieu de Durand (gélose au sang de mouton défibriné). Après isolement, le streptobacille s'accoutume rapidement aux milieux artificiels, et dès le troisième repiquage, il devient possible de le cultiver sur de la gélose à laquelle on incorpore 1/3 de son volume de sang humain défibriné.

La conservation des bacilles est faite sur un milieu constitué en parties égales de bouillon et de sérum de lapin. Après quarante-huit heures de séjour à l'étuve, les

tubes sont laissés à la température du laboratoire. Les repiquages se pratiquent tous les vingt jours. Mais il est nécessaire de renouveler souvent les souches microbiennes, sinon le pouvoir antigène des microbes diminue vite.

Les cultures peuvent être obtenues en boîtes de Roux, après addition à de la gélose à 15 0/00 de 1/3 de son volume de sang humain défibriné. Pour obtenir un produit plus actif, il utilise plusieurs souches isolées sur des chancres compliqués de bubon.

Le milieu de culture peut même être amélioré par l'addition d'une macération de haricots secs.

Pour extraire l'antigène, il procède de la façon suivante : les corps microbiens sont desséchés dans le vide sulfurique, puis additionnés de 40 % de chlorure de sodium desséché. Après un broyage prolongé, on ajoute à cette poudre impalpable de l'eau distillée neutre, à raison de 1/2 cc. par centigramme de corps microbiens.

L'émulsion est centrifugée après avoir été placée vingt-quatre heures à la glacière. C'est une solution neutre, opalescente, de protéines microbiennes, à laquelle Rivalier a donné le nom de Streptobacilline brute.

Elle est formée de nucléoprotéines et de globulines.

Le même produit, débarrassé des nucléoprotéines et ne renfermant que les globulines, conserve sa valeur antigène et est mieux toléré par l'organisme. C'est la Streptobacilline purifiée.

Pour la recherche de la réaction de fixation, il utilise indifféremment la streptobacilline brute diluée au 1/3 ou la streptobacilline purifiée non diluée.

Dans chaque tube, il met « une dose fixe de sérum (2/10) une dose fixe d'antigène (1/10) et des doses croissantes de complément à partir de la dose minima active, ce qui permet d'évaluer en chiffres le pouvoir fixateur du sérum. Dans ces conditions, l'un et l'autre des antigènes employés se montrent dénués de tout pouvoir anticomplémentaire et la réaction est facilement lisible ».

Cette méthode a donné à l'auteur des résultats satisfaisants. Chez 56 chancrelleux, avec ou sans adénopathies, il a obtenu 53 résultats positifs, soit 94 %, tandis que chez 50 sujets non chancrelleux, il a observé 48 réactions négatives, les deux cas positifs concernant des sujets syphilitiques suspects d'avoir été antérieurement atteints de chancrelle.

Il considère donc que cette réaction est spécifique et « ne le cède en précision à aucune des recherches biologiques couramment employées ». Dans le cas de chancre mou compliqué de bubon la précision augmenterait encore.

Rivalier signale cependant que si l'on mesure le pouvoir fixateur, on obtient toujours un chiffre faible et à peu près constant : le taux d'alexine déviée ne dépasse guère 5 unités par centimètre cube de sérum, même en cas de bubon.

L'apparition de la réaction est précoce, et elle survit longtemps après la guérison.

Il signale enfin que deux ou trois injections de 1 cc. d'antigène pratiquées chez l'homme sain ne font pas apparaître les sensibilisatrices dans le sérum, tandis que l'injection de doses moindres à un chancrelleux provoque une ascension rapide du taux des anticorps. Le pouvoir fixateur peut ainsi atteindre, 40, 50, et même 80 unités.

Cette méthode de diagnostic présente des avantages incontestables sur les précédentes. Elle donne un pourcentage de résultats positifs nettement supérieur à la recherche du bacille de Ducrey et ne présente pas les dangers de l'autoinoculation. Cependant, elle n'est pas passée dans la pratique courante par suite de la difficulté d'obtenir un antigène suffisamment actif.

Nous avons tenu, néanmoins, à l'exposer en détail, parce qu'elle nous semble théoriquement parfaite.

CHAPITRE TROISIEME

L'INTRA-DERMO-RÉACTION

Cette dernière méthode de diagnostic est, depuis plusieurs années déjà, passée dans la pratique courante, à cause de la facilité de son emploi.

C'est Tetsuta Ito qui, en 1913, eut le premier l'idée de rechercher si les sujets atteints de chancre mou présentent un état allergique ou de sensibilité à l'égard du microbe en cause, en leur injectant dans le derme une émulsion de streptobacilles tués.

Les résultats qu'il obtint l'incitèrent à penser que cette cuti-réaction est spécifique et présente une certaine valeur diagnostique.

Cependant, cette question tomba dans l'oubli jusqu'en 1918, époque à laquelle Reenstierna commença a étudier le bacille de Ducrey. En 1923, dans *les Archives de l'Institut Pasteur de Tunis*, il publie ses résultats et une technique de l'intra-dermo-réaction.

Puis, Nicolle et Durand, en 1924, Dubreuilh et Broustet, en 1925, Nicolas, Lacassagne et Alcalay en 1926, Zeitoun en 1927 (Thèse de Lyon) reprennent les travaux de Reenstierna et apportent de nouveaux résultats.

Enfin, le 26 mai 1928, cette importante question est discutée à la « Journée du Chancre mou » de Strasbourg où MM. Nicolau et Banciu, MM. Hudelo et Garnier, MM. Lortat-Jacob, Poumeau-Delille et Mlle Brosse, M. Payenneville apportent de nouvelles statistiques.

A partir de ce moment, l'intra-dermo-réaction passe dans la pratique courante.

I°) *Les produits utilisés. — Leur préparation*

Pour ses expériences, Tetsuta Ito prenait deux tubes de culture de streptobacilles sur gélose au sang de lapin bien développée et les émulsionnait dans un centimètre cube de sérum physiologique phéniqué à 0,5 %. Cette émulsion était chauffée au bain-marie à 60° pendant deux heures ; puis il contrôlait sa stérilité.

Reenstierna cultivait les streptobacilles sur gélose au sang de lapin. Après vingt-quatre heures à 37°, il recueillait les colonies avec une anse de platine et les émulsionnait dans du sérum physiologique phéniqué à 0,5 % à raison d'une anse normale par centimètre cube de liquide. Pour tuer les microbes, il laissait l'émulsion à la glacière pendant deux semaines.

Nicolle et Durand préparaient leur vaccin de la façon suivante : le matériel utilisé est prélevé sur un chancre d'inoculation ouvert le deuxième jour.

Le milieu utilisé pour la culture est constitué par 90 grammes de gélose nutritive à 3 % d'agar, additionnée de 20 grammes de sang défibriné de lapin et stérilisée dans une fiole d'Erlenmeyer. Ce milieu est réparti dans des tubes de fort volume qu'on incline, et qu'on utilise le jour même. On ensemence une douzaine de tubes et on les met à l'étuve à 35°. En moins de vingt-quatre heures, la culture se développe et on observe de longues chaînes de streptobacilles dans l'eau de condensation.

Des tubes, « provenant de la même fournée » et conservés à la glacière servent à la purification des premières cultures et aux premiers repiquages.

Dans un tel milieu, les streptobacilles ne vivent pas plus de trois jours. Aussi, les cultures ainsi isoléees sont conservées sur de la gélose molle au sang défibriné de lapin, préparée de la façon suivante : à un litre de bouillon, on ajoute 2 gr. 5 d'agar et 10 grammes d'amidon ou de fécule de pomme de terre. Après stérilisation, on ajoute aux tubes

1/5 de leur volume de sang défibriné de lapin et on laisse coaguler en position verticale. Le repiquage se fait en surface, et la culture tend à gagner la profondeur. Les tubes ensemencés sont conservés à l'étuve à 35°.

Dans un tel milieu, les streptobacilles vivent un mois et demi. Toutefois, ce milieu ne convenant qu'à l'entretien. lorsqu'on veut préparer l'émulsion, on doit repiquer la culture sur milieu solide.

Les auteurs prennent donc un tube de culture sur gélose au sang, ajoutent du sérum physiologique stérile et frottent doucement la surface avec une pipette courbe. Comme l'émulsion ainsi préparée n'est pas homogène, pour la rendre stable et non granuleuse, ils combinent émulsions, centrifugations, et broyages. Ces opérations sont répétées plusieurs fois jusqu'à l'obtention d'une émulsion stable et homogène. Mais cette émulsion est épaisse. Il faut lui donner un taux de dilution fixe.

Comme il est pratiquement impossible de faire une numération des éléments microbiens, on ajoute de l'eau physiologique jusqu'à ce qu'on obtienne un liquide « ayant l'opacité de l'émulsion du bacille typhique utilisée dans la pratique des séro-diagnostics et qui correspond à un titre de 450 millions de bacilles typhiques par centimètre cube ».

Une telle émulsion est dite *émulsion normale* et sert à pratiquer l'intra-dermo-réaction.

On obtiendra l'émulsion *demi-normale* qu'on utilise pour la vaccinothérapie en ajoutant à la précédente un volume égal d'eau physiologique.

L'une et l'autre émulsion doivent être additionnées de 2 % d'acide phénique pur.

L'émulsion demi-normale du vaccin de Nicolle et Durand a été commercialisée sous le nom de Dmelcos.

Certains auteurs, éprouvant des difficultés à se procurer le vaccin de Nicolle et Durand, ont utilisé le Dmelcos dans la pratique des intra-dermo-réactions.

Plus récemment, l'émulsion normale a également été

commercialisée en ampoules de 1/4 cc. sous le nom de Cuti-Dmelcos, par les Laboratoires Specia. C'est ce produit que nous avons utilisé pour notre expérimentation.

En 1934, Ségal et Silberq proposent un mode de préparation de vaccin antistreptobacillaire un peu différent. Les cultures sur gélose au sang sont prélevées avec une anse de platine, placées dans une éprouvette remplie de solution physiologique et triturées contre les parois. L'émulsion obtenue, insuffisamment homogène, est agitée pendant trois à cinq heures par un mélangeur électrique. Puis elle est chauffée une demi-heure à 52°, additionnée d'acide phénique à 0,5 % et diluée pour obtenir 250 ou 500 millions de corps de bacilles par centimètre cube. Ils utilisent 5 ou 6 souches microbiennes pour préparer ce vaccin.

En 1927, MM. Teissier, Reilly et Rivalier proposent d'utiliser comme réactif l'antigène streptobacillaire qu'ils ont dénommé streptobacilline, et dont nous avons exposé plus haut la préparation. Ils ont constaté que l'injection intradermique de streptobacilline brute ou purifiée donne les mêmes phénomènes inflammatoires que l'injection de corps microbiens, mais avec beaucoup plus d'intensité. Cette intensité étant excessive, ils diluent la streptobacilline. Ils utilisent indifféremment la streptobacilline brute, diluée au quart dans du sérum physiologique, ou la streptobacilline purifiée diluée de moitié.

En 1928, MM. Nicolau et Banciu proposent à leur tour deux nouveaux antigènes dont ils exposent la préparation :

Ils ensemencent une souche streptobacillaire récemment isolée sur un milieu liquide contenant, pour deux centimètres cubes d'eau physiologique, un centimètre cube de sang humain défibriné et trois centimètres cubes de sérum humain.

Après avoir séjourné quarante-huit heures à 36°, les cultures sont laissées cinq à six jours à la température du laboratoire. Puis, la partie liquide est décantée et filtrée à travers une bougie Chamberlan L3. Elle est répartie

dans des fioles et stérilisée par séjours répétés au bain-marie à 56°.

Ils ont ainsi obtenu un liquide rosé qu'ils appellent Ducréine, et que l'on peut utiliser pour pratiquer les intra-dermo-réactions et la réaction de fixation. Ce produit est stable et garde ses propriétés antigéniques pendant des mois. Ils considèrent la Ducréine comme un produit soluble se trouvant à l'état libre dans le milieu de culture, ce qui démontrerait l'existence d'une exotoxine.

Le deuxième produit qu'ils proposent est un *antigène figuré* ou *streptobacillaire.*

Pour le préparer, les auteurs utilisent des cultures faites sur un milieu liquide à la peptone à 1 %.

Après un séjour de quarante-huit heures à 36°, on centrifuge. Le liquide surnageant est décanté. Le dépôt est lavé à l'eau distillée jusqu'à ce que le liquide de lavage reste absolument clair.

Après agitation prolongée, le dépôt est dilué dans 50 à 100 fois son volume d'eau salée à 8,5 0/00 réparti en fioles et stérilisé par la tyndallisation. On a ainsi une émulsion contenant 600 à 750 millions de germes par centimètre cube.

Ces deux antigènes employés par Nicolau et Banciu pour les intra-dermo-réactions leur ont donné des résultats superposables, la Ducréine étant toutefois plus sensible que l'antigène figuré.

Signalons, enfin, une méthode proposée en 1935 par Cole et Levin (de Cleveland-U.S.A.) et qui, par la simplicité de la préparation de l'antigène peut rendre des services lorsqu'on n'a pas à sa disposition des produits commercialisés.

Aux Etats-Unis d'Amérique, par suite de certains règlements d'hygiène publique, il est impossible de se procurer du Dmelcos. Ces auteurs essayèrent donc de cultiver le

bacille de Ducrey pour préparer un antigène, mais échouèrent dans cette entreprise.

Se basant alors sur des travaux de Frei, d'Annuzzi, de Nicolas, Lebeuf et Weigert, de Bizzozero, ils utilisèrent le pus stérilisé du bubon chancrelleux comme réactif.

Voici comment ils opèrent :

Le matériel sera prélevé sur un bubon chancrelleux reconnu, c'est-à-dire dans lequel on aura trouvé du bacille de Ducrey. D'autre part, le malade porteur du bubon doit avoir une réaction de Frei négative. Enfin l'antigène préparé devra réagir négativement chez les malades qui ont fait la preuve d'une maladie de Nicolas et Favre.

D'un tel bubon non ouvert, on prélève du pus par aspiration. On le dilue dans cinq fois son volume de sérum physiologique, et on chauffe à 60° pendant deux heures, puis, de nouveau, une heure le jour suivant. On éprouve alors la stérilité du produit.

D'après les auteurs, cet antigène, utilisé en intra-dermo-réactions serait spécifique et donnerait des réactions analogues à celles du Dmelcos avec, cependant, une netteté et une intensité moindres.

Ils mentionnent, évidemment, que cet antigène ne peut pas être utilisé aux fins de diagnostic sur le porteur du bubon qui a servi à le préparer.

II°) *Technique de l'intra-dermo-réaction*

La technique de l'intra-dermo-réaction est des plus simples, et ne nécessite qu'un matériel réduit : une petite seringue en verre, de préférence une seringue de Barthélémy et des aiguilles qu'il faut choisir très fines, afin d'éviter le plus possible l'irritation mécanique au point d'injection, qui pourrait, dans une certaine mesure fausser les résultats.

Après avoir bien agité l'émulsion, on en introduit 1 à 2/10° cc. dans le derme de la région deltoïdienne. La quantité injectée a d'ailleurs peu d'importance, mais ne doit pas

être trop grande, car elle risquerait de provoquer des réactions locales trop fortes.

L'intra-dermo-réaction bien faite doit déterminer l'apparition d'un petit nodule saillant de la -grosseur d'un petit pois, à surface en peau d'orange, de teinte blanc ivoire.

Ce petit nodule ne tarde d'ailleurs pas à disparaître, pour faire place, souvent le lendemain, à une réaction non spécifique, mais qui ne persiste pas plus de quarante-huit heures.

C'est donc après ce délai qu'il faudra lire la réaction. Suivant le cas, on aura tel ou tel aspect. C'est ce que nous allons étudier maintenant.

III°) *Les réactions obtenues*

La réaction non spécifique qui s'observe le lendemain de l'intra-dermo-réaction est due à l'irritation produite par l'aiguille et par le fait que l'on a injecté un liquide. C'est une petite zone érythémateuse, mais non infiltrée, au centre de laquelle on observe, sous forme d'une petite croûte brunâtre, le point d'introduction de l'aiguille. Cette réaction est évidemment d'autant plus marquée que la peau du sujet est plus délicate.

Rivalier signale également des réactions non spécifiques et qu'il appelle « fausses réactions protéiniques ». Elles peuvent s'observer très précocement chez des sujets asthmatiques, ou urticariens, donc très sensibles aux albumines étrangères; mais elles sont toujours très fugaces. Pour les éviter, il conseille d'utiliser comme antigène la streptobacilline purifiée.

Bien différente est la réaction spécifique qui s'observe quarante-huit heures après l'injection.

Reenstierna dans les *Archives de l'Institut Pasteur de Tunis* (1923) en a décrit les différents aspects et les a représentés sur une planche en couleurs.

Zeitoun, dans sa thèse, en donne une description analogue. C'est à ces deux textes que nous nous sommes rapporté pour apprécier les résultats que nous avons obtenus, au cours de notre expérimentation.

« Une réaction *nettement négative* se montre généralement sous l'aspect d'un petit point presque invisible. Mais on observe souvent aussi une petite papule rouge. »

Reenstierna signale également qu'il a obtenu des réactions qu'il ne lui a pas été possible de juger. Il les a appelées *réactions douteuses*, « tout en estimant qu'il faut les compter comme des réactions négatives ».

Les *réactions positives* peuvent être nettement, fortement ou très fortement positives suivant l'aspect de la région injectée.

Les *réactions nettement positives* présentent une petite papule rouge, infiltrée, surélevée, faisant saillie sur les régions voisines, entourée d'une zone érythémateuse de la dimension d'une pièce de deux francs.

Si les réactions sont *fortement* ou *très fortement positives*, la papule rouge sombre, de la dimension d'un gros pois, est entourée d'une large zone érythémateuse et œdémateuse pouvant atteindre et même, parfois, dépasser la dimension de la paume de la main. A son niveau, la peau est épaissie. Parfois, la papule est surmontée d'une pustule. Mais Reenstierna n'a jamais observé de bactéries dans de telles pustules. Il signale que les résultats sont souvent difficiles à apprécier chez les sujets des races colorées.

A côté de ces phénomènes objectifs, déjà observés par Reenstierna, Zeitoun signale des phénomènes subjectifs d'autant plus accusés que la réaction est plus intense.

« Dans les cas de réaction moyennement positive, les malades n'accusent en général qu'un peu de prurit au niveau de la région inoculée. Dans les cas de réaction fortement positive, les malades accusent, outre le prurit, des sensations d'ardeur, de cuisson, de douleur même. Toute la région

est le siège d'une hyperesthésie très accentuée, et les malades, parfois, ne peuvent même pas souffrir le frottement du linge ».

Il n'a cependant jamais observé de température, contrairement à Hudelo et Garnier qui signalent « la fièvre de l'intra-dermo-réaction ». Ils ont remarqué, en effet, que « l'intra-dermo-réaction peut s'accompagner d'une élévation thermique, mais seulement dans les cas où elle est fortement positive ». Ils l'ont rencontrée dans 45 % de cas.

« Dans la règle, la température est modérée ; elle atteint 38° et ne dépasse guère ce chiffre que de quelques dixièmes. Cette montée thermique atteint son maximum six heures environ après l'injection dermique pour revenir à la normale quelques heures après. Cependant, il est des cas où la réaction fébrile peut revêtir une intensité et une durée exceptionnelles ». Ils considèrent cette réaction fébrile comme une réaction spécifique qui révèle l'intensité de la sensibilisation.

Les réactions dont nous venons de parler, nettes dès la quarante-huitième heure, peuvent encore s'accuser, puis regressent peu à peu.

L'érythème disparaît le premier vers le troisième jour, puis la papule vers le sixième jour. Ensuite, la peau desquame au niveau de la papule, et reprend son aspect normal sans laisser aucune trace.

Telle est donc l'évolution de la réaction.

Il nous a également paru intéressant de décrire les lésions histologiques produites par l'injection intradermique du vaccin antichancrelleux. Comme nous n'avons pas d'expérience personnelle de cette question, nous nous bornerons à rapporter les résultats des examens histologiques pratiqués par MM. Sézary, Lévy-Coblentz, Mauric et Lenègre dans quatre cas de chancre mou et trois cas de maladie de Nicolas et Favre.

Ils signalent tout d'abord que les lésions sont identiques quel que soit l'antigène employé, vaccin antichancrelleux ou antigène de Frei.

Cette lésion est un *foyer nécrotique* du tissu dermique qui se produit à l'endroit où l'antigène a été déposé. Cette nécrose est tantôt réticulée, n'atteignant qu'une partie des fibres collagènes, tantôt nodulaire, nettement circonscrite.

Dès le premier jour, le foyer nécrotique est envahi par des polynucléaires qui sont très rapidement altérés, à noyaux pycnotiques. A la périphérie se produit une réaction histiocytaire.

Tout le derme environnant est le siège d'une réaction inflammatoire aigüe : les capillaires sont dilatés et remplis de sang ; il y a de l'œdème interstitiel, de l'œdème des fibres collagènes, des infiltrats circonscrits constitués par des histiocytes, des polynucléaires non altérés et des éléments mononucléés du sang. Dans ces foyers secondaires, il n'y a pas de nécrose et on ne découvre ni plasmocyte, ni cellule épithélioïde, ni cellule géante. L'infiltrat se dépose autour des vaisseaux et de certaines glandes, surtout des glomérules sudoripares, sans cependant les entourer toutes.

On a donc : une lésion initiale nécrotique entourée de nombreux foyers inflammatoires secondaires non nécrotiques qui semblent dus à une réaction de voisinage.

Ces lésions siègent dans le derme moyen et profond et retentissent sur l'hypoderme ; le derme papillaire n'est atteint que secondairement. L'épiderme n'est que peu altéré. Son épaississement et son irrégularité seraient secondaires aux lésions sous-jacentes.

Les auteurs signalent que ces lésions cutanées dues à l'injection de vaccin antichancrelleux et d'antigène de Frei ne sont nullement comparables aux lésions du chancre mou ou de la maladie de Nicolas et Favre. Il n'y a ni plasmocytes, ni infiltrat polymorphe avec cellules géantes.

Ils concluent que, dans les deux cas, il s'agit bien d'une réaction de nature allergique. Démontrée cliniquement par le fait que les malades n'avaient réagi qu'à un seul des deux antigènes, la nature allergique de ces lésions se révèle histologiquement par sa ressemblance avec le phénomène de Koch, dont les deux principaux caractères sont la rapidité d'apparition et les lésions nécrotiques.

IV°) *Les variations de l'intra-dermo-réaction*
L'allergie chancrelleuse

Avant la découverte d'Ito, le chancre mou était considéré comme une affection locale avec, parfois, propagation ganglionnaire. Et on donnait comme argument à l'appui de cette affirmation la réceptivité indéfinie des malades aux réinoculations, prouvant l'absence de toute immunité.

La découverte de l'intra-dermo-réaction vint éclairer d'un jour nouveau cette question. L'obtention d'une réaction inflammatoire par injection intradermique de bacilles de Ducrey tués chez les sujets atteints de chancre mou, alors que toute réaction faisait défaut chez les sujets sains, prouvait bien que l'infection chancrelleuse était capable de provoquer des modifications humorales, le streptobacille donnant naissance à des produits capables de diffuser dans tout l'organisme et de le sensibiliser à l'action de l'antigène microbien.

Ainsi était née la notion *d'allergie chancrelleuse.*

Les travaux de MM. Teissier, Reilly et Rivalier qui isolèrent *la streptobacilline*, antigène streptobacillaire soluble, confirmèrent les résultats obtenus avec les bacilles de Ducrey tués.

D'autre part, comme nous l'avons vu, ces auteurs purent déceler par la réaction de déviation du complément, la présence constante d'anticorps dans le sérum des malades.

1°) L'ALLERGIE

Un organisme ayant été infecté une première fois par un germe donné, l'allergie est la *réaction modifiée* qui se produit dans cet organisme, après qu'un certain délai s'est écoulé, de telle sorte que celui-ci réagira d'une manière plus précoce et plus intense à une nouvelle infection par le même germe.

Il suffit, en effet, d'inoculer une faible quantité de germes tués pour la mettre en évidence.

L'allergie est donc une hypersensibilité vis-à-vis des toxines élaborées par le germe en cause.

M. Rivalier fait cependant remarquer à juste titre, que « l'allergie des chancrelleux est une hypersensibilité acquise vis-à-vis des *antigènes* du bacille de Ducrey, qui n'a rien à voir avec la réceptivité vis-à-vis de ce germe *vivant*. Un individu sensibilisé n'est ni plus ni moins apte qu'un sujet normal à contracter un chancre mou. C'est dire que le mot *sensibilisation* ne saurait, en aucune manière être compris comme le contraire du mot *immunité*. »

2°) L'APPARITION DE L'ALLERGIE

Combien de temps après l'apparition du chancre, l'allergie se manifeste-t-elle ? Ce problème présente un grand intérêt théorique. Malheureusement, son étude est difficile, car les malades viennent consulter trop tard et l'intra-dermo-réaction est, en général, déjà positive.

M. Zeitoun, pour étudier cette question a procédé de la façon suivante :

Il a inoculé à des sujets syphilitiques du pus chancrelleux et a pratiqué chez ces sujets des intra-dermo-réactions tous les deux jours à partir du jour de l'apparition du chancre d'inoculation. Il avait vérifié auparavant que ces sujets présentaient une intra-dermo-réaction négative.

Sa statistique porte sur huit cas d'hétéro-inoculation.

Il a constaté que l'intra-dermo-réaction se montre positive de 7 à 19 jours après l'apparition du chancre, et le plus souvent de 7 à 8 jours, confirmant ainsi la statistique précédente de MM. Nicolas, Lacassagne et Alcalay.

M. Le Coulant a également étudié cette question en 1928, et en présence de phénomènes d'apparition très tardive de l'allergie, a conclu que « si parfois, l'allergie apparaît dans les huit à dix premiers jours de la maladie, elle apparaît très souvent beaucoup plus tard ».

MM. Cole et Levin (de Cleveland), affirment même que l'intra-dermo-réaction ne devient positive qu'environ cinq semaines après l'apparition de l'ulcération chancrelleuse. Il est probable que cette différence est due à la moins grande sensibilité de leur antigène au pus de bubon stérilisé.

N'ayant pas pratiqué d'hétéro-inoculations, il ne nous est pas possible d'infirmer la théorie de M. Zeitoun. Mais nous avons pu cependant constater, comme M. Le Coulant l'avait déjà fait, que, dans certains cas, l'allergie est très longue à se manifester par un virage progressif de l'intra-dermo-réaction.

Dans un de nos cas (observation n° 3), l'intra-dermo-réaction, légèrement positive, un mois et demi après l'apparition du chancre, est devenue fortement positive deux mois après le début de l'ulcération.

Dans un autre cas (observation n° 7) le malade ayant accepté de venir régulièrement à la consultation, nous avons pu, par des intra-dermo-réactions en série, constater le virage de la réaction : *négative* six jours après l'apparition de la lésion, elle était *douteuse* huit jours après, *légèrement positive* onze jours après, persistant légèrement positive 27 jours après. Enfin, le chancre s'étant compliqué d'un bubon, la réaction devint *nettement positive* 46 *jours après le début du chancre*, alors que l'ulcération génitale était cicatrisée.

Quoi qu'il en soit, il est hors de doute que l'allergie s'installe progressivement ; ce qui est objectivé par le virage progressif de la réaction.

3°) L'INTENSITÉ DE L'ALLERGIE

Comme tous les auteurs l'ont remarqué, l'intensité des phénomènes inflammatoires produits par l'intra-dermo-réaction est essentiellement variable, et l'on observe toute une gamme de réactions, allant de la réaction légèrement positive aux réactions fortement et même très fortement positives.

Ces différences peuvent, évidemment, être dues, dans une certaine mesure au produit utilisé, les souches ayant servi à préparer les émulsions étant plus ou moins aptes à donner un bon antigène. Mais elles sont dues surtout aux différences dans le degré de sensibilisation des malades.

MM. Teissier, Reilly et Rivalier, pratiquant des intra-dermo-réactions à la streptobacilline purifiée, antigène permettant d'éliminer en grande partie les réactions dues aux albumines étrangères, remarquent que l'intensité de la réaction dépend du caractère évolutif de l'affection. Elle sera *faible* dans le cas de *chancre récent et non compliqué d'adénopathie*, alors même que les chancres sont nombreux. Elle deviendra *plus marquée* dès que *l'infection envahira les ganglions lymphatiques et encore plus intense dans le cas de vieilles lésions*, de vieux chancres calleux et de *bubons anciens chancrellisés.*

D'autres auteurs, en particulier MM. Nicolas, Lacassagne et Zeitoun, qui expérimentèrent avec le Dmelcos font des conclusions analogues.

Dans les cas que nous avons pu observer, il nous a été possible de vérifier ces observations, sans toutefois observer fréquemment de réaction particulièrement intense.

Pour ne citer que quelques exemples :

Dans l'observation n° 7 déjà mentionnée, la réaction, primitivement négative (le chancre étant récent), est devenue peu à peu plus intense, et nettement positive quand le malade a présenté un bubon.

Dans l'observation n° 10, alors que les ulcérations sont nettement améliorées par le traitement local, le malade souffre d'un bubon inguinal droit fluctuant : la réaction est fortement positive.

Dans l'observation n° 12, le malade présente plusieurs chancres, mais pas d'adénopathie : la réaction est moyennement positive.

L'observation n° 22 est caractéristique. Il s'agit d'un navigateur qui, un mois après sa contamination, présente des ulcérations génitales et deux bubons ouverts chancrellisés. L'intra-dermo-réaction a été fortement positive, la papule persistant très nettement pendant plusieurs jours.

MM. Teissier, Reilly et Rivalier ont également remarqué que « la sensibilisation s'affirme à l'extrême dans les cas de réinfection chancrelleuse, fût-elle des plus légères et réduite à une chancrelle sans adénopathie ». C'est dans ce groupe de malades qu'ils ont observé les plus fortes réactions. Ils considèrent que la nouvelle infection, atteignant un organisme déjà impressionné, réactive sa sensibilisation latente et exalte son intolérance vis-à-vis de l'antigène du bacille de Ducrey.

Parmi nos observations, nous relevons trois cas de réinfection :

Le malade de l'observation n° 2, porteur de chancre mou, avait été déjà atteint de la même affection en juin 1945. L'intra-dermo-réaction s'est révélée *très nettement positive*, sans toutefois être comparable à celles signalées par MM. Teissier, Reilly et Rivalier.

L'observation n° 27 nous montre une réaction particulièrement intense : la plus forte qu'il nous a été donné d'observer. Ce malade, atteint d'ulcérations chancrelleuses

sans adénopathie, affirme avoir eu un chancre mou du prépuce en 1936, à la suite duquel une circoncision a été pratiquée.

L'intra-dermo-réaction qui se manifestait quarante-huit heures après l'injection par une papule de la dimension d'une pièce de cinquante centimes entourée d'une large zone érythémateuse, a présenté par la suite une pustulette.

Au contraire, l'observation n° 25 nous montre une réaction douteuse chez un porteur de chancre mou qui affirme avoir déjà présenté la même affection en 1933.

4°) LES VARIATIONS DE L'ALLERGIE — L'ANERGIE

A côté des différences d'intensité de l'intra-dermo-réaction dues au degré de l'infection, il faut mentionner des variations pouvant aller jusqu'à la disparition complète de la réaction sous l'influence de certaines causes.

M. Zeitoun fut le premier à mentionner « la disparition de toute réaction chez les individus en cours de traitement par le vaccin de Nicolle et Durand, en injections intra-veineuses ».

Les injections étant pratiquées à doses croissantes, la réaction devient négative après la quatrième injection intra-veineuse, et persiste négative jusqu'au dixième ou douzième jour après la dernière injection. Puis, progressivement, la réaction redevient positive.

Le même phénomène a été étudié par MM. Teissier, Reilly et Rivalier, au moyen d'injections de streptobacilline. Ils précisent que cette désensibilisation est un fait absolument constant, que « la désensibilisation des chancrelleux est d'autant plus rapide et plus facile à atteindre que leur susceptibilité, avant tout traitement, était plus vive à l'égard de la streptobacilline », que « l'injection réitérée des doses d'antigène insuffisantes à créer une réaction locale ou générale ne détermine qu'une désensibilisation imparfaite », en-

fin que « les injections espacées conduisent plus vite et plus sûrement à l'accoutumance que les injections réitérées à bref délai ».

De ces constatations, ils concluent à « la nécessité de pratiquer avant tout traitement une intra-dermo-réaction qui permettra d'apprécier le degré de susceptibilité du malade. C'est seulement d'après le résultat de cette épreuve que l'on pourra déduire l'importance des doses qu'il importe d'inoculer pour provoquer la réaction générale nécessaire ».

Et ils donnent les conseils suivants :

« Chez un sujet non sensibilisé (cas de chancre récent), ne pas pratiquer la vaccinothérapie, quitte à l'instituer plus tard, quand l'état de sensibilisation apparaîtra.

» Chez un individu sensibilisé, instituer le traitement en commençant par des doses d'autant plus réduites que la sensibilisation est plus vive.

» Renouveler les injections à intervalles rapprochés, en augmentant les doses et en se souvenant que le traitement doit être intensif et de courte durée.

» Savoir arrêter le traitement dès que l'effet curateur est produit, sous peine d'obtenir une désensibilisation trop parfaite, qui serait nuisible en cas de récidive ».

Cet état de désensibilisation qui se manifeste par la négativation de l'intra-dermo-réaction est *l'anergie*. Il ne s'accompagne pas d'immunité, puisque les malades en cours de traitement peuvent être réinfectés et les bubons récidiver.

Cette notion d'anergie a encore été précisée par MM. Tixier et Bize qui ont publié des observations caractéristiques. Ils ont, en effet, signalé des cas d'herpès survenant après la vaccinothérapie, un cas de réveil de paludisme, un cas de syphilis secondaire recevant un coup de fouet, le sujet ayant été traité par le vaccin de Nicolle et Durand.

En présence de tels faits, ils ont pensé que la tuberculose

est susceptible d'être réactivée d'une manière analogue par la vaccinothérapie antichancrelleuse.

M. Le Coulant signale également un cas de réactivation de paludisme latent provoqué par l'institution d'un traitement par le Dmelcos intraveineux.

Tous ces faits concordent et l'on peut affirmer que les injections intraveineuses de vaccin de Nicolle et Durand ou de streptobacilline de Rivalier font disparaître l'allergie chancrelleuse. L'état d'anergie provoqué par ce traitement se manifeste par la négativation transitoire de l'intra-dermo-réaction.

Outre l'intérêt théorique que présente ce fait pour l'étude des modifications humorales provoquées par le chancre mou, cette notion d'anergie comporte une conséquence pratique d'une importance capitale. On ne devra instituer la vaccinothérapie du chancre mou qu'après s'être assuré par un examen approfondi du malade, qu'il ne présente aucune maladie latente capable d'être activée par ce traitement, en particulier la tuberculose.

Enfin MM. Nicolas, Lacassagne et Samaan, pour préciser si les injections intra-veineuses de vaccin antichancrelleux possèdent une action spécifique, ou n'agissent que par choc protéique, recherchèrent si l'intra-dermo-réaction devient négative à la suite de la protéinothérapie vraie. C'est ainsi qu'ils pratiquèrent, chez des malades, des injections intraveineuses de Soluprotine Roche, sans parvenir à provoquer l'anergie.

Pensant que les poussées fébriles n'étaient pas assez élevées, dans une deuxième série d'expériences ils pratiquèrent des injections intra-veineuses de vaccin T.A.B., provoquant ainsi des poussées thermiques très élevées. Même dans ce cas, l'intra-dermo-réaction ne cessa pas de rester positive.

Ils en conclurent que le passage de l'allergie à l'anergie est bien dû à une *action spécifique du vaccin anti-chan-*

crelleux ; ce que confirment les travaux de MM. Teissier, Reilly et Rivalier.

5°) LA DURÉE DE L'ALLERGIE

Reenstierna avait montré que l'intra-dermo-réaction reste positive, parfois même très fortement, pendant plusieurs années après l'infection streptobacillaire, cinquante ans dans un de ses cas.

Par la suite, de nombreux auteurs ont confirmé cette opinion : entre autres MM. Dubreuilh et Broustet, qui considèrent que cette persistance réduit un peu la portée pratique de la méthode ;

Ledecq, de Bruxelles, qui étudia systématiquement cette persistance (sur 9 cas, il eut 8 cas positifs) ;

Zeitoun, qui sur 15 cas eut 15 résultats positifs dont certains très fortement, et considère que la réaction est d'autant plus intense que l'infection est plus ancienne. C'est également l'opinion de MM. Nicolas et Lacassagne.

Nous avons eu l'occasion de pratiquer des intra-dermo-réactions chez cinq malades ne présentant actuellement aucune lésion chancrelleuse en activité, mais qui en auraient présenté antérieurement (observations 72 à 76).

Nous avons obtenu une seule réaction nettement positive, une réaction très légèrement positive et trois réactions négatives.

Nous nous bornons à signaler ces résultats, sans prétendre tirer de conclusions de l'examen d'un trop petit nombre de cas, dont il nous est, d'ailleurs, impossible de contrôler l'authenticité.

V°) *Les résultats de l'intra-dermo-réaction*

Il nous faut exposer maintenant, en les résumant, les résultats publiés sur l'intra-dermo-réaction, que nous avons pu nous procurer.

Tous les auteurs ont pratiqué leurs expérimentations sur deux catégories de sujets.

I — Les sujets chancrelleux

II. — Les sujets exempts de chancrelle,

cherchant à montrer que la réaction est positive chez les chancrelleux ou anciens chancrelleux, et négative chez les sujets dont l'organisme n'a jamais été infecté par le bacille de Ducrey.

Ito (1913) expérimenta sa méthode sur 27 sujets et obtint les résultats suivants :

a) 11 sujets qui n'avaient jamais subi d'infection streptobacillaire donnèrent une réaction négative ;

b) Sur 5 qui présentaient des chancres en évolution, 2 montrèrent une réaction positive, et 3, cette même réaction très forte ;

c) Chez 11 malades atteints à la fois de chancres mous et de bubons, la réaction fut fortement positive, et presque toujours une pustule se produisit au point d'inoculation.

Reenstierna (1923) pratiqua 449 intra-dermo-réactions et obtint les résultats suivants :

a) Sur 142 cas de bubons, pour la plupart associés à des ulcères, 136 ont donné une réaction positive, en général très forte ;

Dans les 8 autres cas, la réaction fut négative ; mais il fut prouvé par la suite que le diagnostic de chancrelle était erroné.

b) Sur 31 cas de chancre sans bubon, 28 ont donné une cuti-réaction nettement positive en général peu importante.

Dans les 3 autres cas (petits ulcères) la réaction était négative.

c) Sur vingt-sept individus indemnes de chancres, mais qui avaient présenté une infection streptobacillaire anté-

rieure, 23 eurent une réaction nettement positive, souvent forte ;

d) Sur 249 témoins, 240 montrèrent une réaction nettement négative, 4 une réaction douteuse, probablement négative, et 5 une réaction nettement positive. Mais ces 5 derniers cas (4 filles publiques et un vieux mulâtre brésilien) sont suspects d'antécédents chancrelleux.

Nous pouvons résumer les résultats de Reenstierna de la façon suivante :

1°) Chancrelles actuelles ou anciennes, avec ou sans complications ganglionnaires :

Sur 194 cas, 187 réactions positives, soit 96 %.

2°) Sur 249 témoins, 240 réactions négatives, soit 96 %.

MM. Nicolle et Durand (1924) ont pratiqué l'intradermo-réaction sur 93 sujets :

a) 30 sujets non porteurs de chancres et non suspects de chancres anciens ont donné 30 résultats négatifs, soit 100 %.

b) 51 porteurs de lésions chancrelleuses en évolution ont donné :

48 réactions positives dont 13 fortes, 30 moyennes, 5 faibles, soit 94 %.

c) Sur 12 filles publiques non atteintes de chancrelle, mais suspectes d'en avoir présenté antérieurement : 10 résultats négatifs et 2 positifs.

MM. Dubreuilh et Broustet (1925) signalent que, dans toutes les lésions chancrelleuses typiques, ils ont régulièrement obtenu des réactions positives. Au contraire, la réaction a toujours été négative chez les sujets indemnes de toute affection chancrelleuse.

M. Rivalier (1925) expérimenta divers antigènes sur 49 malades :

a) 10 Chancres mous ont donné :

8 réactions positives ou très positives,

2 réactions d'intensité médiocre.

b) 18 Chancres mous avec bubon ont donné :
10 réactions très positives,
5 réactions moindres,
3 réactions atténuées.

c) 2 malades guéris de chancres mous ont donné :
2 réactions positives, mais d'intensité moyenne.

d) 6 malades ayant une adénopathie inguinale de nature indéterminée ont donné :
1 réaction positive,
5 réactions négatives.

e) 13 sujets indemnes de chancre mou ont donné :
1 réaction positive,
12 réactions négatives.

Nous voyons donc que :

1°) Sur 30 cas d'affections chancrelleuses en activité ou guéries, l'auteur a obtenu 30 réactions positives à des degrés divers, soit 100 % ;

2°) Sur 13 sujets indemnes d'affection chancrelleuse, il a obtenu 12 réactions négatives, soit 92 %.

MM. Nicolas, Lacassagne et Alcalay (1926) pratiquant des intra-dermo-réactions au Dmelcos ont résumé leurs résultats en un tableau que nous reproduisons :

Dénominations	Nombre de cas observés	Résultats positifs	Résultats douteux	Résultats négatifs
I. - Sujets porteurs de manifestations chancrelleuses en évolution :				
a) Chancrelle	25	21	3	1
b) Bubon avec chancrelle en évolution	56	52	2	2
Bubon avec chancrelle guérie	11	10	1	0
c) Chancre mixte	4	4	0	0
d) Chancrelle d'inoculation expérimentale	6	5	1	0
II. - Sujets ayant eu dans leurs antécédents des manifestations chancrelleuses	9	8	1	0
III. - Sujets n'ayant jamais présenté de manifestations chancrelleuses	41	1	9	31

On voit ainsi que, sur 111 cas d'infection chancrelleuse actuelle ou guérie, ces auteurs ont obtenu 100 réactions positives, soit 90 % de positivité. Ils attribuent la proportion assez élevée de résultats douteux (7 %) au fait qu'ils ont utilisé le vaccin Dmelcos, moins actif que l'émulsion normale de Nicolle et Durand.

Chez les sujets exempts de toute manifestation chancrelleuse, ils obtiennent 31 résultats négatifs et 9 résultats douteux pour 41 intra-dermo-réactions. Si l'on considère comme négatives les réactions douteuses, ils ont obtenu 97 % de réactions négatives.

M. Zeitoun, puis MM. Nicolas, Lacassagne et Zeitoun publient, en 1927 une nouvelle statistique :

Dénominations	Nombre de cas observés	Résultats positifs	Résultats douteux	Résultats négatifs
I. - Sujets porteurs de manifestations chancrelleuses en évolution :				
a) Chancrelle seule.....	36	34	1	1
b) Bubon avec chancrelle en évolution.....	69	65	1	3
Bubon avec chancrelle guérie ..	16	16	0	0
c) Chancre mixte	4	4	0	0
d) Chancre d'inoculation expérimentale	8	8	0	0
II. - Sujets ayant eu dans leurs antécédents des manifestations chancrelleuses	18	17	1	0
III. - Sujets n'ayant jamais présenté de manifestations chancrelleuses	51	1	9	41

Donc, sur 151 cas d'infection chancrelleuse en évolution ou ancienne, ils obtiennent 144 résultats positifs, soit 95 % de positivité.

Sur 51 sujets non chancrelleux, ils n'obtiennent qu'une seule réaction positive.

M. Rivalier (1928), substituant la streptobacilline au vaccin antichancrelleux a pratiqué des intra-dermo-réactions à plus de 100 malades chancrelleux et 50 témoins. Il a

obtenu des résultats parallèles à ceux des autres auteurs, mais a dû diluer son antigène pour diminuer sa sensibilité excessive.

MM. Nicolau et Banciu (1928) expérimentèrent simultanément les antigènes qu'ils avaient préparés : la Ducréine ou antigène soluble et l'antigène figuré. La Ducréine présentait l'avantage d'avoir un pouvoir antigénique plus grand.

Dans l'ensemble, sur 177 cas de chancrelles, ils ont obtenu 167 réactions positives, donc 94,35 % de résultats positifs.

MM. Hudelo et Garnier (1928) ont recherché l'intra-dermo-réaction avec le Dmelcos et avec la streptobacilline. Quoique le Dmelcos leur ait donné des réactions moins nettes que la streptobacilline, ils considèrent que l'intra-dermo-réaction est toujours positive à condition que la chancrelle date *d'une dizaine de jours*. Réserve faite des antécédents chancrelleux et de la nécessité d'avoir affaire à un chancre âgé d'une semaine au moins, l'intra-dermo-réaction est une méthode diagnostique extrêmement pratique.

MM. Lortat-Jacob, Poumeau-Delille et Mlle Brosse (1928) ont obtenu les résultats suivants avec le Dmelcos :

1°) Porteurs de manifestations chancrelleuses (datant de plus de 10 jours) :

Intra-dermo-réactions positives : 46 cas,
Intra-dermo-réactions négatives : 16 cas.

2°) Sujets indemnes de toutes manifestations chancrelleuses :

Intra-dermo-réactions positives : 2 cas,
Intra-dermo-réactions négatives : 14 cas.

Et ils concluent que « dans la règle, l'intra-dermo-réaction semble être négative chez les malades qui n'ont pas eu de chancre » ; par contre, chez les malades porteurs d'accidents chancrelleux, ils ont eu des résultats négatifs dans 25 % des cas, qu'ils expliquent par des variations de la qualité du vaccin employé.

« La valeur diagnostique *paraît réelle ; mais néanmoins, cette réaction ne présente pas un caractère de constance absolue, et il y a lieu de la confronter avec les renseiments fournis par la clinique* ».

M. Payenneville et ses collaborateurs les docteurs Marie et Castagnol (1928) ont pratiqué 83 cuti-réactions pour ulcérations suspectes de la verge, et rapportent les résultats suivants :

1°) Dans les cas de chancres mous non douteux (Bacilles de Ducrey dans les frottis), la cuti-réaction a été positive 45 fois sur 49, soit 90 % de positivité.

Elle a été négative dans 4 cas :

a) pour un chancre mixte,
b) pour un chancre mou datant de 21 jours,
c) pour une ulcération anale de 3 semaines (flore très riche).
d) pour un chancre mixte (?).

2°) Dans 6 autres cas de chancres mous reconnus cliniquement, mais dans lesquels le streptobacille n'a pu être mis en évidence, la cuti-réaction s'est également révélée négave, ce qui porte à 10 le nombre des résultats négatifs sur 55 chancres mous, soit 82 % de résultats positifs.

3°) Dans 8 cas où la recherche de streptobacilles avait été négative, la cuti-réaction a été positive. Dans 5 cas, il ne s'agissait pas cliniquement de chancres mous (une fois d'accident primitif, une fois de lésions dues au fuso-spirille et une fois de bacillose). Mais, pour ces trois derniers cas, la cuti-réaction avait peut-être une valeur rétrospective.

Ces auteurs concluent que la cuti-réaction peut rendre service quand la recherche du streptobacille est rendue difficile par une flore secondaire intense, ou quand les ulcérations ont été traitéees avant le frottis.

M. Le Coulant (1928), expérimentant l'intra-dermo-réaction au Dmelcos dans le service de M. le Professeur Petges, rapporte les résultats suivants :

1°) Sur 77 observations de malades non chancrelleux :

47 réactions absolument négatives,

25 réactions douteuses,

3 réactions marquées,

2 positives nettes,

soit 72 négatives pour 77 malades : 93 % *de négatives.*

Parmi les 5 réactions positives, on trouve : une fille soumise dont les antécédents ne sont pas connus, mais plaident en faveur d'une infection chancrelleuse antérieure ;

deux vénériens avouant des antécédents chancrelleux ;

une syphilitique tertiaire qui n'avoue pas de chancrelle, mais dont la possibilité est à envisager, puisqu'elle présente une syphilis dont l'accident primitif peut avoir été infecté par le bacille de Ducrey.

Seul, le dernier cas, est inexplicable.

2°) Sur 23 observations de malades chancrelleux :

8 réactions négatives,

5 réactions douteuses,

7 réactions marquées,

3 réactions positives très nettes.

Ce qui correspond à 13 réactions négatives sur 23 intradermo-réactions, soit un pourcentage de 56 % *de négatives.*

M. Le Coulant a groupé ces différents résultats en un tableau que nous reproduisons :

Dénominations	Nombre de cas observés	Résultats positifs	Résultats douteux	Résultats négatifs
Chancrelles simples	15	5	5	5
Chancrelles accompagnées de bubons	7	4	0	3
Chancres mixtes	1	1	0	0
Chancres traités par le Dmelcos	4	1	0	3
Sujets ayant dans leurs antécédents des manifestations chancrelleuses	4	2	2	0
Sujets prétendant n'avoir jamais présenté de manifestations chancrelleuses	73	3	23	47

On voit que, parmi les réactions négatives chez les chancrelleux, deux étaient en traitement par le Dmelcos. Ces résultats sont donc normaux. Mais, par contre, un autre malade également traité par le Dmelcos présentait une réaction positive.

L'auteur explique les 11 autres cas négatifs par le fait que le vaccin utilisé était peut-être préparé avec de vieilles souches, mais surtout par le fait que ces cas ont été observés chez des malades dont l'organisme défaillant était incapable de lutter contre l'infection, donc de créer l'état d'allergie nécessaire pour donner une réaction positive.

MM. Raveau, Rabeau et Didier Hesse (1930), expérimentant parallèlement les différents procédés de diagnostic biologique (recherche du bacille de Ducrey sur lames, cutiinoculations, intra-épidermo-inoculations et intra-dermo réaction au Dmelcos), ont obtenu dans le cas de l'intradermo-réaction au Dmelcos les résultats suivants :

1er GROUPE. — *Lésions du type chancrelleux de la région ano-génitale :*

10 réactions positives,
2 réactions négatives (malgré la présence de bacille de Ducrey),
1 réaction douteuse (infection de la réaction).

2e GROUPE. — *Bubons inguinaux. Chez tous, on constate une lésion des organes génitaux.*

9 réactions positives,
2 réactions négatives (bubons chancrelleux. Présence de bacille de Ducrey dans le chancre).
1 réaction douteuse.

3e GROUPE. — *Bubons inguinaux sans lésion initiale actuelle, mais en ayant présenté antérieurement :*

5 réactions positives,
1 réaction négative (bubon chancrelleux : présence du bacille de Ducrey dans l'intra-dermo-inoculation de sérosité),
3 réactions douteuses.

4e GROUPE. — *Bubons sans que l'on ait jamais constaté de chancres antérieurement :*

2 réactions positives,
3 réactions négatives,
1 réaction douteuse,

ou, si l'on totalise ces divers résultats :

26 réactions positives,
8 réactions négatives,
6 réactions douteuses.

Les réactions au Dmelcos ont donc été *positives* 26 fois sur 40 épreuves, soit 65 % *de résultats positifs.*

Parmi 8 réactions négatives, les auteurs ont pu retrouver 6 fois, par d'autres recherches mettant en évidence le bacille de Ducrey, que les malades étaient porteurs de chancres mous, mais ils n'ont aucun élément pour apprécier les réactions douteuses.

MM. Segal et Silberq (1934), avec leur vaccin antistreptobacillaire, pratiquèrent des intra-dermo-réactions sur 370 sujets :

159 malades atteints de chancre mou,
27 anciens malades chancrelleux,
14 pour diagnostic,
170 personnes saines ou malades, indemnes de chancrelle.

Les résultats obtenus sur les 159 malades porteurs de chancres mous ont été les suivants :

Réaction fortement positive	71
Réaction positive	77
Réaction faiblement positive	5
Réaction douteuse	5
Réaction négative	1

Le nombre des résultats positifs atteint donc 153, soit 96,5 %. Ce sont surtout les cas de bubons qui ont fourni des résultats très positifs.

Parmi les 170 cas de contrôle, il y eut 164 réponses négatives, 3 douteuses et 3 positives, dont 2 se sont révélées comme appartenant à des chancrelles, et une à un ancien malade chancrelleux. Ainsi, les cas témoins étaient négatifs dans la proportion de 98,5 %.

Sur les 27 malades ayant eu dans le passé des chancres mous, il y eut les résultats suivants :

7 cas très positifs,
16 cas positifs,
2 faiblement positifs,
1 douteux,

ce qui fait une proportion de 92 % de positivité.

MM. Cole et Levin (1935) utilisant comme antigène le pus de bubon chancrelleux stérilisé par la chaleur, dont nous avons exposé plus haut la préparation, pratiquèrent 433 intra-dermo-réactions sur des sujets hospitalisés au « Cleveland City Hospital ».

Dans 52 cas, le test s'est révélé être nettement positif, et dans 272 cas négatif. Les 109 autres intra-dermo-réactions furent des tests répétés.

Les 52 tests positifs ont été divisés en quatre groupes :

Groupe A. — *Malades étudiés pendant les manifestations actives de la maladie.*

Vingt-deux malades. — Chez 14 d'entre eux le bacille de Ducrey avait été mis en évidence.

Dans les 8 autres cas, le diagnostic clinique était évident.

Groupe B. — *Malades ayant eu une infection chancrelleuse connue depuis longtemps.*

Cinq malades. — Dont les antécédents étaient consignés dans les Archives de l'hôpital.

Dans deux cas, le test fut positif trois ans après l'infection ; dans 3 cas six mois après.

Groupe C. — *Malades ayant dans leurs antécédents des ulcérations vénériennes et des bubons suppurants.*

Vingt malades. — Dont l'infection remontait, dans 7 cas, de 3 à 9 ans ; dans 9 cas, de 10 à 24 ans ; dans 4 cas, de 30 à 34 ans.

Groupe D. — *Malades sans infection en activité ni histoire analogue dans le passé :*

Cinq cas qui sont considérés comme *fausses réactions positives.*

Les 272 intra-dermo-réactions négatives ont été observées dans :

10 cas de lymphogranulomatose inguinale,
22 cas de lésions syphilitiques primaires,
27 cas de syphilis secondaire,
37 cas de syphilis nerveuse,
9 cas de blennorragie aiguë,
et 2 cas présentant une adénopathie inguinale.

Dans les autres cas négatifs il y avait :

50 cas de tuberculose pulmonaire,
26 femmes à toutes les époques de la grossesse,
35 sujets présentant diverses maladies de la peau, y compris des infections mycosiques,
et un groupe de 54 malades provenant des salles de médecine.

Si l'on s'en rapporte à cette statistique, la méthode préconisée par MM. Cole et Levin apparaît comme douée d'une spécificité comparable à celle de l'intra-dermo-réaction au vaccin antistreptobacillaire. Elle ne se serait, en effet, trouvée en échec que dans 5 cas sur 324 épreuves.

De la lecture de ces différentes statistiques, il apparaît que presque tous les expérimentateurs ont obtenu, dans les cas de chancrelle, des intra-dermo-réactions positives dans une proportion de 90 à 95 %. Par contre, chez les sujets non chancrelleux, les réactions étaient négatives dans 95 *à* 100 % *des cas.*

Quelques auteurs, cependant, ont obtenu des résultats bien moins probants : MM. Lortat-Jacob, Poumeau-Delille et Mlle Brosse n'ont obtenu que 75 % des résultats positifs; M. Payenneville, 82 % ; M. Le Coulant, 64 % ; MM. Ravaut, Rabeau et Didier Hesse, 65 %.

Notons, toutefois, que les auteurs ont constaté que les résultats étaient plus nets et plus constants avec les produits préparés par les expérimentateurs eux-mêmes à partir de souches microbiennes récentes, qu'avec le vaccin Dmelcos.

D'autre part, si plusieurs expérimentateurs ont cru pouvoir affirmer que la réaction devient positive environ huit jours après l'apparition du chancre, *quelques auteurs ont constaté des cas dans lesquels l'allergie est beaucoup plus longue à apparaître.*

MM. Cole et Levin considèrent même que la réaction devient positive en moyenne *cinq semaines après l'apparition du chancre.* Il faut toutefois tenir compte que, de l'opinion même de ces auteurs, leur antigène est encore moins actif que le Dmelcos.

Il nous a donc paru intéressant de pratiquer systématiquement des intra-dermo-réactions aux malades du service de M. le Professeur Joulia afin d'avoir une opinion personnelle sur cette méthode déjà ancienne, notre but principal étant d'essayer de déterminer si elle peut être considérée comme suffisamment spécifique et d'un emploi suffisamment simple pour être utilisée, non plus seulement dans des laboratoires ou services spécialisés, mais aussi par le médecin praticien.

RESULTATS OBTENUS DANS LE SERVICE DE M. LE PROFESSEUR JOULIA

Nos recherches ont été effectuées dans les différents services de la clinique dermato-vénéréologique : chez les malades hospitalisés à l'hôpital du Tondu (salles A et D et PCD) et la consultation de la clinique dermatologique

de l'hôpital Saint-André, ainsi qu'à l'hôpital de la Salubrité.

Nous avons utilisé un produit du commerce, le Cuti-Dmelcos, dont la concentration en bacilles de Ducrey est la même que celle de l'émulsion normale de Nicolle et Durand.

Ce produit, facile à se procurer, de composition identique à l'antigène utilisé par la plupart des défenseurs de la méthode, nous semble ne pouvoir être sujet qu'à une seule critique : il n'est peut-être pas toujours préparé à partir de souches suffisamment jeunes pour donner un antigène actif. Ceci pourrait expliquer dans une certaine mesure que les résultats que nous avons obtenus n'ont pas toujours été aussi nets que l'examen clinique le laissait prévoir. Il présente toutefois un avantage certain sur le vaccin Dmelcos, précédemment utilisé, dont la concentration en bacilles de Ducrey n'était que celle de l'émulsion demi-normale de Nicolle et Durand.

Nous avons suivi la technique classique : après avoir agité l'ampoule longuement pour rendre l'émulsion bien homogène, nous pratiquions dans la région deltoïdienne l'injection intra-dermique de quelques gouttes du liquide au moyen d'une seringue de Barthélémy et d'une aiguille très fine, jusqu'à formation d'un petit nodule de couleur blanc ivoire gros comme un pois.

Nous faisions également une injection témoin avec quelques gouttes d'eau distillée en suivant la même technique, de manière à apprécier, parallèlement à la réaction spécifique, la réaction due à l'irritation mécanique, particulièrement marquée chez quelques sujets à peau sensible.

La lecture des réactions était faite quarante-huit heures après l'injection et nous n'avons considéré comme positives que celles qui persistaient plusieurs jours.

Nous avons pu constater qu'il n'existe pas de limite marquée entre les réactions positives et les réactions négatives. Pour apprécier les résultats, nous avons utilisé la notation

proposée par Reenstierna et que nous avons déjà exposée plus haut. (Voir pages 35 et 36).

Nous avons classé nos observations en quatre catégories :

1°) Dans une première série, nous avons groupé les malades atteints de chancres mous simples ou compliqués de bubons, et les malades atteints de chancres mixtes.

Il est évident que nous n'avons tenu compte que des cas dans lesquels il a été possible de mettre en évidence le bacille de Ducrey et de ceux dans lesquels le diagnostic clinique ne faisait aucun doute, bien qu'il soit impossible de déceler le streptobacille, le malade ayant déjà appliqué des antiseptiques (poudre de sulfamides le plus souvent) sur l'ulcération.

Tous les malades de cette catégroie ont également été systématiquement soumis à une recherche de trépomènes et à des examens sérologiques en série pendant deux mois afin de déceler toute possibilité de syphilis associée.

2°) Dans une deuxième série, nous avons groupé les malades traités pour des affections dermatologiques ou vénériennes autres que l'affection chancrelleuse et dont le passé ne révélait aucun antécédent chancrelleux.

3°) Le troisième groupe est composé des sujets ne présentant actuellement aucune manifestation chancrelleuse, mais avouant des antécédents chancrelleux.

4°) La quatrième série est composée de sujets non chancrelleux, mais susceptibles d'avoir présenté antérieurement des manifestations chancrelleuses.

Ce sont des prostituées à qui nous avons systématiquement pratiqué des intra-dermo-réactions.

Malades chancrelleux

Le tableau ci-après résume les résultats obtenus chez 35 sujets atteints de chancrelle simple ou compliquée, ou de chancre mixte :

Nos des observ.	Diagnostic	Traitem. par vaccin	Intra-dermo réaction au Cuti-Dmelcos	Antécédents chancrelleux
1	Chancre mou du frein.		Nettem. positive.	
2	Ch. mou du prépuce.		Très nettem. pos.	Ch. mou en 1945.
3	Ch. mixtes. Bubon..		1° Légèr. positive.	
	—		2° Fort. positive.	
4	Ch. mous, bubons.		Nettem. positive.	
5	Ch. mous en couronne.			
	Bubon.		Nettem. positive.	
6	Chancres mixtes.		Nettem. positive.	
7	Chancre mou simple.		1° Négative.	
	—		2° Douteuse.	
	—		3° Légèrem. posit.	
	—		4° Légèrem. posit.	
	Apparition d'un bubon		Nettem. positive.	
8	Chancre mou, bubon.		Positive.	
	Papillome.			
9	Ch. mixtes blennorrag.		Légèrem. positive.	
10	Ch. mous, bubons.		Fortem. positive.	
11	Ch. mou, bubon.		Nettem. positive.	
12	Chancres mous.		Moyen. positive.	
13	Ch. mou de la région			
	anale.		Nettem. positive.	
14	Ch. mou, blennorragie.		1° Légèrem. posit.	
			2° Nettem. posit.	
15	Chancres mous.		Douteuse.	
16	Chancre mou de la			
	fourchette.		1° Douteuse.	
	Auto-inocul. à l'index			
	droit.		2° Légèrm. posit.	
17	Chancre mixte.		1° Négatif.	
			2° Douteux.	
18	Ch. mous, bubons.		Négative.	
19	Ch. mou du prépuce.		Nettem. positive.	
20	Chancre mou du frein.		Moyenn. positive.	
21	Chancre mou.		Négative.	
22	Chancres mous et bu-			
	bons chancrellisés.		Fortem. positive.	
23	Chancres mous.		1° Légèrem. posit.	
	Apparition d'un bubon	Dmelcos.	2° Négative.	
24	Chancres mous.		Moyenn. positive.	
25	Chancres mous.		Douteuse.	Ch. mou en 1933.
26	Chancre mou du frein,			
	bubon.		Nettem. positive.	
27	Chancres mous.		Très fort. positive.	Ch. mou en 1936
28	Bubon chancrelleux.		Nettem. positive.	
29	Ch. mous du prépuce,			
	bubon.		Moyenn. positive.	
30	Ch. mous, bubons.		Nettem. positive.	
31	Bubon chancrelleux.		Nettem. positive.	
32	Ch. mous de la four-			
	chette et anus.		Fortem. positive.	
33	Ch. mous de l'anus.		Nettem. positive.	
34	Chancres mous de la			
	fourchette.		Fortem. positive.	
35	Chancre mixte.		Douteuse.	

Nous avons donc obtenu :

29 réactions positives,

4 réactions douteuses,

2 réactions négatives,
soit 82 % *de réactions positives.*

On remarque que :

1°) Nous avons observé quatre réactions douteuses, dont deux alors que le bacille de Ducrey avait été mis en évidence :

Dans un cas (observation n° 15), il s'agissait d'un chancre mou datant de 11 jours sans adénopathie ;

Dans l'autre cas (observation n° 17), il s'agissait d'un chancre mixte *datant de deux mois.* Sous l'influence du traitement antisyphilitique, le B. W. était devenu négatif, mais l'ulcération persistait.

La troisième réaction douteuse a été observée chez un malade (observation n° 25), qui affirme avoir présenté un chancre mou en 1933.

La quatrième a été observée chez un malade présentant un *chancre mixte* traité *depuis trois mois* comme chancre syphilitique sans amélioration locale (observation n° 35).

2°) Nous avons observé deux réactions négatives :

Dans un cas de chancrelle avec bubon (observation n° 18) et dans un cas de chancrelle datant *de* 16 *jours*, sans complication ganglionnaire (observation n° 21).

3°) Les observations n° 3, 7, 14, 16, montrent l'apparition progressive de l'allergie.

Sujets non chancrelleux prétendant n'avoir jamais présenté de manifestations chancrelleuses

Le tableau ci-après résume les résultats obtenus chez 36 sujets atteints de maladies vénériennes autres que le chancre mou, ou d'affections dermatologiques :

Nos des observ.	Diagnostic	Intra-dermo réaction au Cuti-Dmelcos
36	Chancre syphilitique	Négative
37	Chancre syphilitique	Négative
38	Maladie de Nicolas et Favre (Frei positif)	Négative
39	Chancre syphilitique. Blennoragie	Négative
40	Chancre syphilitique	Douteuse
41	Herpès génital	Négative
42	Chancre syphilitique	Douteuse
43	Chancre scabieux et bubons	Négative
44	Syphilis secondaire	Négative
45	Chancres syphilitiques	Négative
46	Syphilis secondaire	Négative
47	Uréthrite gonococcique	Négative
48	Chancre syphilitique	Négative
49	Syphilis secondaire	Négative
50	Orchite	Négative
51	Dermite infectieuse	Négative
52	Sycosis tricophytique	Douteuse
53	Lésions papulo-vésiculeuses	Négative
54	Gale infectée	Négative
55	Mélanodermie	Négative
56	Sycosis	Négative
57	Dermo-épidermite microbienne	Négative
58	Epithélioma spino-cellulaire	Négative
59	Gale et furonculose	Négative
60	Ulcère variqueux	Négative
61	Plaie de la jambe	Négative
62	Sporotrichose	Négative
63	Ulcère variqueux	Négative
64	Gangrène cutanée de la jambe	Négative
65	Plaie de la jambe. Syphilis secondaire	Négative
66	Syphilis	Négative
67	Eczéma	Négative
68	Ulcère variqueux	Négative
69	Maladie de Paget du sein	Négative
70	Gale	Négative
71	Erysipèle	Négative

Nous avons donc obtenu :

33 réactions négatives,

3 réactions douteuses.

Si nous considérons comme négatives les réactions douteuses, nous obtenons 100 % de réactions négatives.

Ces résultats sont conformes aux données théoriques.

Malades atteints d'affections diverses

(non chancrelleuses)

mais avouant des antécédents chancrelleux

N°! des observ.	Diagnostic	Antécédents chancrelleux	Intra-dermo réaction au Cuti-Dmelcos
72	Chancre syphilitique.	Chancre mou — bubon — en juillet 1946.	Négative.
73	Herpès génital.	Chancre mou en 1938 (présence de bacille de Ducrey).	Très légèr. positive
74	En observation (syphilis?).	Plainte en contamination pour ch. mou en août 1946. L'I. D. R. était négative le 27 août 1946.	Nettement positive
75	Métrite cervicale.	Chancre mou en mai 1944.	Négative
76	Syphilis secondaire.	Chancre mixte en octobre 1946.	Négative

Nous avons donc obtenu pour les 5 cas de cette série :

2 réactions positives,

3 réactions négatives,

soit 40 % *de réactions positives.*

On remarque que :

1°) Si le diagnostic d'affection chancrelleuse n'était pas erroné, dans plus de la moitié des cas observés l'allergie n'a pas persisté ;

2°) Dans le cas de l'observation n° 74 la malade hospitalisée au mois d'août 1946, après une plainte en contamination, n'avait présenté à l'examen clinique aucune lésion chancrelleuse. L'intra-dermo-réaction était négative à cette date. Quatre mois plus tard, l'intra-dermo-réaction était devenue nettement positive.

On est donc en droit de penser qu'elle a présenté un chancre mou volant, ou un chancre nain passé inaperçu.

L'allergie est apparue lentement.

Sujets non chancrelleux mais susceptibles d'avoir dans leurs antécédents des manifestations chancrelleuses

Le tableau ci-après résume les résultats obtenus chez 9 prostituées dont le dossier ne révèle aucun antécédent chancrelleux :

N° des observ.	Diagnostic	Intra-dermo réaction au Cuti-Dmelcos
77	Uréthrite gonococcique	Négative
78	Bartholinite gauche	Négative
79	Métrite cervicale	Négative
80	Lymphogranulomatose inguinale (?)	Négative
81	En observation	Négative
82	Syphilis secondaire	Négative
83	En observation	Négative
84	Gale et pédiculose	Négative
85	Uréthrite gonococcique	Négative

Nous avons donc obtenu :

9 réactions négatives,
soit 100 % de résultats négatifs.

Le tableau ci-dessous résume les résultats que nous avons obtenus :

Dénomination	Nombre de cas observ.	Résultats positifs	Résultats douteux	Résultats négatifs
I. - Sujets porteurs de manifestations chancrelleuses en évolution :				
A) Chancrelle simple	18	15	2	1
B) Chancrelle avec bubon	13	12	0	1
C) Chancre mixte	5	3	2	0
D) Chancrelle traitée par le Dmelcos	1	0	0	1
II. - Sujets non chancrelleux avouant des antécédents chancrelleux	5	2	0	3
III. - Sujets non chancrelleux prétendant n'avoir jamais présenté de manifestations chancrelleuses	36	0	3	33
IV. - Sujets non chancrelleux mais susceptibles d'avoir, dans leurs antécédents, des manifestations chancrelleuses (prostituées)	9	0	0	9

6°) *Valeur pratique de l'intra-dermo-réaction*

Nous avons vu que l'intra-dermo-réaction, surtout grâce aux travaux de MM. Teissier, Reilly et Rivalier, a éclairé d'un jour nouveau l'infection chancrelleuse, mettant en évidence l'allergie et ses variations.

A la lumière de ces données théoriques et des résultats obtenus par les auteurs qui se sont intéressés à cette question, nous allons maintenant essayer de dégager de notre expérimentation, que nous aurions souhaité plus complète, l'intérêt que peut présenter l'intra-dermo-réaction pour le clinicien, dans la pratique journalière ; quels sont ses avantages et ses inconvénients ?

A. — LES AVANTAGES DE L'INTRA-DERMO-REACTION

Cette méthode est, à première vue, fort séduisante. Son instrumentation très simple, sa technique particulièrement facile, en font un procédé de diagnostic à la portée de tous les praticiens, apparemment préférable à la recherche du bacille de Ducrey qui nécessite un microscope, et dont les résultats sont, sans nul doute, fort inconstants.

Pratiquement indolore et dénuée de tout danger, contrairement à l'auto-inoculation, elle est bien acceptée par tous les malades.

En pratique, elle est nettement positive dans les vieilles infections chancrelleuses à complications ganglionnaires. De ce fait elle peut utilement servir au diagnostic différentiel des adénopathies inguinales: adénopathie chancrelleuse, adénopathie de la lymphogranulomatose inguinale subaigue de Nicolas et Favre, adénopathie due à une infection banale, telle que le chancre scabieux.

Dans le cas du diagnostic différentiel avec la maladie de Nicolas et Favre, il sera utile de pratiquer simultanément deux intra-dermo-réactions, l'une au vaccin antichancrelleux, l'autre à l'antigène de Frei.

Elle peut également parfois servir au diagnostic rétrospectif de l'infection chancrelleuse.

Enfin, sa valeur pronostique est loin d'être négligeable. Si elle est négative ou douteuse chez un chancrelleux reconnu, on devra penser à un accident particulièrement rebelle à toutes les thérapeutiques, en particulier à la vaccinothérapie. On devra donc s'abstenir de pratiquer ce traitement qui ne donnerait pas les résultats que l'on pourrait espérer.

Par contre, une intra-dermo-réaction fortement positive, révélatrice d'une allergie marquée, sera une indication fort utile, dans un cas de complication ganglionnaire, permettant d'instituer un traitement général qui, dans ce cas, aura toutes les chances d'être efficace.

B. — LES INCONVENIENTS DE L'INTRA-DERMO-REACTION

La réaction, facile à pratiquer, est, par contre, souvent difficile à interpréter :

Si la « lecture » en est aisée lorsque la réaction est nettement négative ou nettement positive, il est parfois bien difficile d'interpréter certaines réactions. D'où la fréquence des réactions douteuses, que l'on a coutume de classer avec les négatives.

D'autre part, l'allergie est parfois très longue à apparaître et l'intra-dermo-réaction, longtemps négative ou douteuse, se trouve être en désaccord avec la clinique. Elle ne deviendra positive, le plus souvent faiblement, que lorsque la lésion sera guérie. Dans de tels cas, la recherche réitérée du bacille de Ducrey, en suspendant momentanément tout traitement local est, avec un peu d'habitude, la seule méthode qui puisse logiquement confirmer le diagnostic clinique.

Une intra-dermo-réaction positive perdra d'ailleurs toute sa valeur dans les cas où l'on est en droit de soupçonner une infection chancrelleuse dans les antécédents du malade.

De ces constatations, nous voudrions dégager une ligne de conduite, permettant au clinicien d'affirmer l'existence ou l'absence d'une infection chancrelleuse.

En présence d'une affection cliniquement chancrelleuse, nous avons toujours pratiqué l'intra-dermo-réaction ; d'autre part, chaque fois que le malade n'avait appliqué aucun médicament sur l'ulcération, nous avons recherché le bacille de Ducrey, et nous l'avons trouvé dans le plus grand nombre de cas.

Nous avons toujours constaté la concordance du diagnostic clinique avec au moins l'un de ces deux procédés biologiques.

Ceci nous semble suffisant pour affirmer la présence d'une affection chancrelleuse. Mais, en outre, il faut redouter l'association toujours possible de la syphilis et penser au chancre mixte.

Nous considérerons donc comme *absolument nécessaire* de rechercher également, à l'ultra-microscoque, les tréponèmes, dont la présence impliquerait l'institution immédiate du traitement anti-syphilitique associé au traitement local du chancre mou. Si l'on ne trouve pas de tréponèmes, comme c'est la règle au début du chancre mixte, époque à laquelle on peut trouver le bacille de Ducrey, nous conseillons de surveiller l'évolution du chancre, tout en pratiquant régulièrement tous les huit jours, *pendant une durée de deux mois*, des réactions de Bordet-Wassermann.

Ce n'est qu'après ce délai, alors que tout danger de syphilis est écarté, que nous croyons pouvoir affirmer que le malade a bien eu seulement une affection due au bacille de Ducrey.

OBSERVATIONS

Premier Groupe

Observations résumées des malades chancrelleux

Observation I

C... Arthur, 46 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 8). Hospitalisé le 3 avril 1946 pour chancre mou du frein, datant de 3 semaines.

Le 3 avril, recherche de tréponèmes : négative.

B.W. : négatif.

Le 5 avril, Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local seul.

Observation II

M... Mohamed, 40 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle J, lit 2). Hospitalisé le 8 mai 1946, pour chancre mou du prépuce datant de 3 semaines.

Antécédents : *chancre mou en juin* 1945 (cicatrice sur la verge).

Le 8 mai, B.W. : négatif.

Le 13 mai, Cuti-Dmelcos : très nettement positif.

Traitement local seul.

Observation III

S... Azhour-Rabah, 47 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle J, lit 3). Hospitalisé le 10 mai 1946 pour chancre mou du sillon balano-préputial et bubon inguinal droit.

Le malade a présenté il y a un mois : un chancre, apparu 28 jours après un rapport sexuel, qui s'est cicatrisé spontanément en 3 semaines.

Le 12 mai, B.W. : ++++.

Le 23 mai, Cuti-Dmelcos : légèrement positif.

Le 3 juin, Cuti-Dmelcos : fortement positif.

Traitement local. Fontan. Traitement antisyphilitique.

Observation IV

L... Yves, 22 ans, boulanger. Hôpital du Tondu (salle J, lit 6). Hospitalisé le 25 avril 1946, pour chancre mou du fourreau datant de 15 jours (apparu 5 à 6 jours après un rapport sexuel) et bubons inguinaux fluctuants.

Le 25 avril, B.W. : négatif.

Le 27 avril, Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local. Fontan le 3 mai 1946.

Observation V

L... Emile, 46 ans, employé. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 16 mai 1946, chancres mous en couronne du prépuce. Balanite. Les lésions ont apparu le 3 mai, le lendemain d'un rapport sexuel.

Le 16 mai, recherche de tréponèmes : négative.

B.W. : négatif.

Le 31 mai, Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Le 3 juin 1946, présence d'un bubon inguinal gauche. Hospitalisation. Traitement local ; puis Fontan.

Observation VI

L... René, cuisinier, 53 ans. Hôpital du Tondu (salle J, lit 6).

Hospitalisé le 24 mai 1946 pour chancre mixte : lésion anfractueuse à fond grenu, à base indurée avec œdème du gland et du prépuce.

Au début du mois, le malade avait déjà présenté un chancre.

Le 25 mai : B.W. : ++++.

Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local. Traitement antisyphilitique.

Observation VII

J... Joseph, 43 ans, manœuvre. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 29 mai 1946, consultation pour chancre mou du sillon balano-préputial.

La lésion est apparue le 23 mai, huit jours après un rapport sexuel.

Le 29 mai, recherche de tréponèmes : négative. Recherche de bacilles de Ducrey : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : négatif.

Le 31 mai, recherche de bacilles de Ducrey : négative. Cuti-Dmelcos : douteux.

Le 3 juin, recherche de bacilles de Ducrey : positive. Cuti-Dmelcos : légèrement positif (petite papule).

B.W. : négatif.

Le 19 juin, B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : légèrement positif.

Le 8 juillet, le malade souffre d'un bubon inguinal droit, non fluctuant. Hospitalisation. Cuti-Dmelcos : nettement positif (papule entourée d'une zone érythémateuse). Traitement local.

Observation VIII

R... Aquillino, 42 ans, agriculteur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 7).

Le malade hospitalisé dans un service de chirurgie depuis le 25 mai 1946 est transéaté le 8 juin.

Il présente depuis 3 ans un papillome sur le frein qu'il prétend avoir écorché avec ses ongles. Actuellement on peut observer une ulcération assez profonde à fond tomenteux, aux bords taillés à pic, à base non infiltrée.

Depuis 3 mois, 15 jours après un rapport sexuel, apparition sur le prépuce d'une nouvelle ulcération du type chancrelleux.

Il y a un mois, un bubon est apparu dans la région inguinale droite dont on a pratiqué l'ablation : actuellement l'orifice est chancrellisé.

On ne note pas d'autre adénopathie.

Le 8 juin, réaction de Frei : négative. Cuti-Dmelcos : positif. B.W. : négatif.

Traitement local.

Observation IX

V... Pierre, 26 ans, navigateur. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 19 juin 1946, le malade présente :

1°) Un écoulement uréthral (présence de gonocoques) ;

2°) Un chancre indolore au toucher, à base indurée ;

3°) Deux autres chancres plus petits à fond grisâtre et suintant, douloureux au toucher.

Les chancres ont débuté par trois boutons, le 13 juin, deux jours après un rapport sexuel.

Le 19 juin, B.W. : ++++. Recherche de gonocoques : positive. Recherche de bacilles de Ducrey : négative. Cuti-Dmelcos : légèrement positif.

Diagnostic : chancre mixte et blennorragie.

Traitement local du chancre mou. Traitement de la blennorragie. Traitement anti-syphilitique.

Observation X

P... Jean, 31 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle J, lit 3).

Le 19 juin, présence de plusieurs chancres mous en voie de régression après traitement local. (Les lésions apparurent au début du mois de juin, une semaine après un rapport sexuel).

Présence d'un bubon inguinal droit fluctuant.

Le 19 juin, recherche du bacille de Ducrey : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : fortement positif.

Le 22 juin, recherche du bacille de Ducrey dans le pus du bubon : négative.

Traitement local. Fontan.

Observation XI

M... Joseph, 39 ans, charpentier. Hôpital du Tondu (salle J, lit 2). Hospitalisé le 20 juin 1946, pour chancre mou du sillon balano-préputial apparu il y a trois semaines. Depuis 15 jours, bubon inguinal gauche fluctuant.

Le 20 juin, recherche du bacille de Ducrey : positive. Recherche de tréponèmes : négative. Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local. Fontan.

Observation XII

B... Henri, 64 ans, docker. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 24 juin 1946, chancres mous du sillon balano-préputial. Recherches de tréponèmes : négatives. Recherche du bacille de Du-

crey : positive. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : moyennement positif.

Traitement local.

Observation XIII

B... Marie, 32 ans, employée. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 28 juin 1946, très nombreux chancres mous de la région anale. Adénopathie inguinale bi-latérale, douloureuse, mais non fluctuante.

Le 28 juin, recherche du bacille de Ducrey : positive. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement : enfumage iodé.

Observation XIV

T... Armand, 22 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle J, lit 15).

Blennorragie et chancre mou du prépuce.

Le 4 juin, recherche de tréponèmes : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : légèrement positif (?).

Le 24 juin, Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local du chancre mou. Pénicilline : 300.000 unités.

Observation XV

M... Georges, 23 ans, plâtrier. Consultation hôpital Saint-André.

Le 8 juillet 1946, chancres mous du sillon balano-préputial apparus le 27 juin, 3 jours après un rapport sexuel.

Le 8 juillet, recherche de tréponèmes : négative. Recherche de bacille de Ducrey : positive. B.W.: négatif. Cuti-Dmelcos : douteux.

Traitement local.

Observation XVI

C... Jeannette, 22 ans, serveuse. Hôpital du Tondu (salle D, lit 14). Hospitalisée le 3 juillet 1946, pour chancre mou de la fourchette.

A l'index de la main droite, panaris péri-unguéal à aspect d'ulcération chancrelleuse.

Le 4 juillet, recherche de tréponèmes : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos: douteux.

Le 9 juillet: recherche du bacille de Ducrey. Ulcération génitale : positive. Ulcération digitale : positive.

Le 11 juillet, on observe un bubonule interdigital et une traînée de lymphangite sur l'avant-bras. Pas d'adénopathie épitrochléenne ni axillaire.

Le 13 juillet : ouverture spontanée du bubonule interdigital.

Même date, Cuti-Dmelcos : légèrement positif.

Traitement local.

Observation XVII

M... René, 27 ans, garçon de bar. Hôpital du Tondu (salle J, lit 4).

Malade en cours de traitement anti-syphilitique, revient à l'hôpital pour chancre mou du sillon balano-préputial et gale.

Le 15 juin 1946, B.W. : négatif (était ++++ le 23 avril 1946). Recherche du bacille de Ducrey : négative. Cuti-Dmelcos : négatif.

Le 21 juin 1946, Cuti-Dmelcos : douteux.

Le 27 juin, recherche du bacille de Ducrey : positive.

Traitement local du chancre mou. Traitement anti-syphilitique.

Observation XVIII

B... Domingo, 34 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle J, lit 15). Hospitalisé le 16 juillet pour chancres mous du prépuce et bubon inguinal droit, fluctuant.

Le 16 juillet, B.W. négatif. Recherche du bacille de Ducrey : négative. Cuti-Dmelcos : négatif.

Traitement local. Fontan.

Observation XIX

B... Roland, 22 ans, charpentier, consultation de l'hôpital St-André.

Chancres mous du prépuce, apparus le 15 juillet, une dizaine de jours après un rapport sexuel.

Le 8 août 1946, recherche du bacille de Ducrey : positive.

Le 12 août, B.W. : négatif.

Le 14 août, Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local.

Observation XX

A... Pierre, 19 ans, mécanicien. Hôpital du Tondu (salle J, lit 4). Consultation au Dispensaire le 29 août 1946 ; chancre mou du frein.

Le 29 août, recherche du bacille de Ducrey : positive. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : moyennement positif.

Hospitalisé le 3 septembre.

Traitement local.

Observation XXI

P... Charles, manœuvre, 19 ans. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Consultation le 21 août. Chancre mou du sillon balano-préputial apparu le 5 août, une dizaine de jours après un rapport sexuel.

Le 21 août, recherche du bacille de Ducrey : négative. B.W. : négatif.

Le 28 août, B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : négatif.

Traitement local.

Observation XXII

P.... Léon, 30 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 4). Hospitalisé le 17 septembre 1946 pour chancres mous du sillon balano-préputial et bubons inguinaux chancrellisés.

Dans les deux régions inguinales on observe une grande ulcération chancrelleuse, la plus étendue (région inguinale droite) mesure environ 5 cm × 5 cm.

Contamination : vers le 20 août, en Amérique du Nord.

Apparition de l'ulcération génitale : vers le 28 août. Peu de temps après, apparition des bubons inguinaux qui s'ouvrent spontanément.

Le 17 septembre, recherche du bacille de Ducrey : négative (iodoforme). B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : fortement positif (large zone érythémateuse, centrée par une papule qui a persisté longtemps).

Traitement : aucun traitement avant l'entrée à l'hôpital (lésions apparues en mer).

A l'hôpital, traitement local. Pansements des bubons à la pénicilline, iodoforme, etc...

Observation XXIII

Le B..., 33 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 17). Hospitalisé le 27 septembre 1946 pour chancres mous du sillon balano-préputial et du frein.

Le 25 septembre, recherche du bacille de Ducrey : négative. Recherche de tréponèmes : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : légèrement positif.

Traitement local.

Le 25 octobre : les chancres sont presque cicatrisés, le frein sectionné spontanément. Depuis deux jours, apparition d'un bubon inguinal gauche non fluctuant.

On institue un traitement par le Dmelcos intra-veineux le 26 octobre.

Le 4 novembre, après la quatrième injection, Cuti-Dmelcos : négatif.

Le 11 novembre, *exeat.*

Observation XXIV

L... Antonio, 38 ans, bûcheron. Hôpital du Tondu (salle J, lit 13).

Hospitalisé le 27 septembre pour chancres mous du sillon balano-préputial et du prépuce. Œdème préputial. Les lésions apparurent au début du mois de septembre, 10 jours après un rapport sexuel.

Le 27 septembre, recherches de tréponèmes : négatives. Recherche du bacille de Ducrey : positive. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : moyennement positif.

Traitement local.

Observation XXV

B... Raymond, 45 ans, employé d'usine. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 9 octobre 1946, consultation pour chancres mous de la région du frein.

Signale dans ses antécédents : syphilis en 1934 (traitée), *chancre mou en* 1933.

Le 9 octobre 1946, recherche de tréponèmes : négative. Recherche de bacille de Ducrey : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos douteux.

Traitement local.

Observation XXVI

A... Féliciano, 34 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle J, lit, 12).

Hospitalisé le 23 octobre 1946, pour chancre mou de la région du frein apparu le 15 octobre, 8 jours après un rapport sexuel, et bubon inguinal gauche fluctuant.

Le 23 octobre, B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement local. Fontan.

Observation XXVII

M.... Augustin, 40 ans, terrassier. Hôpital du Tondu (salle J, lit 11).

Hospitalisé le 28 octobre 1946, pour chancres mous du sillon balano-préputial apparus au début du mois d'octobre, 8 jours après un rapport sexuel.

Le malade signale dans ses antécédents *un chancre mou en* 1936, à la suite duquel une circoncision a été pratiquée.

Le 28 octobre, B.W. : négatif.

Le 29 octobre, recherche de tréponèmes : négative. Recherche de bacille de Ducrey : positive.

Cuti-Dmelcos : très fortement positif.

Quarante-huit heures après l'injection : papule de la dimension d'une pièce de 50 centimes de couleur rouge sombre, entourée d'une zone érythémateuse de la dimension d'une paume de main d'enfant. Une traînée de lymphangite se dirige vers l'aisselle.

Puis, apparition d'une pustulette sur la papule. Elle s'ouvre spontanément.

Six jours après l'intra-dermo-réaction, une croûte brunâtre marque l'emplacement de la pustulette ; la papule est encore très nette. La zone érythémateuse a disparu. Le malade affirme

n'avoir jamais éprouvé de douleur notable au niveau du point d'injection.

Traitement local. Amélioration très rapide.

Observation XXVIII

D... Roger, 20 ans, serrurier. Hôpital du Tondu (salle A, lit 7). Hospitalisé le 28 octobre 1946 pour bubon inguinal gauche fluctuant.

Dans la région inguinale droite : bubon non fluctuant.

La maladie a débuté le 7 octobre par une petite ulcération suintante et douloureuse de la face interne du prépuce.

Le 8 octobre, recherche du bacille de Ducrey : négative. Recherche de tréponèmes : négative.

Le 22 octobre, B.W. : négatif.

Vers le 14 octobre, apparition dans les deux régions inguinales d'une adénopathie douloureuse. Traitement par le repos et les compresses chaudes.

Le 28 octobre, à son admission à l'hôpital, le malade présente un bubon inguinal gauche fluctuant. La lésion de la verge a disparu.

Le 31 octobre, Cuti-Dmelcos : nettement positif. Réaction de Frei : négative.

Diagnostic : bubon chancrelleux.

Traitement : Fontan.

Observation XXIX

H... André, 25 ans, manœuvre, consultation à l'hôpital Saint-André.

Consultation pour chancres mous du prépuce, apparus 8 jours après un rapport sexuel, et bubon inguinal gauche non fluctuant.

Recherche de tréponèmes : négative. Recherche de bacille de

Ducrey : bacilles isolés, pas de chaînettes. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : moyennement positif.

Traitement local.

Observation XXX

G... Yves, 40 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle I, lit 18). Hospitalisé le 28 novembre 1946 pour chancres mous du sillon balano-préputial et bubon inguinal droit, fluctuant.

Le 28 novembre 1946, recherche de tréponèmes : négative. Recherche du bacille de Ducrey : négative.

Le 1er décembre, B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : nettement positif.

Traitement : thiazomide *per os ;* traitement local du chancre mou. Fontan.

Observation XXXI

B... Alfred, 39 ans, charbonnier, hôpital du Tondu (salle A, lit 16).

Hospitalisé le 5 décembre 1946 pour une adénopathie inguinale droite fluctuante.

Cette adénopathie est apparue le 15 novembre, à la suite d'un effort. Le malade présentait une plaie au pied droit, et également une petite ulcération sur la face interne du prépuce.

Le 5 décembre, Cuti-Dmelcos : nettement positif. B.W. : négatif.

Traitement : Fontan.

Observation XXXII

Q... Henriette, 40 ans (hôpital de la Salubrité). Hospitalisée le 1er juin 1945 pour chancres mous de la fourchette vaginale et

de la marge de l'anus. Bubon ouvert spontanément avec décollement important et menace de chancrellisation.

Le 1er juin 1945, Cuti-Dmelcos fortement positif. B.W. : +++.

Observation XXXIII

C... Nathalie, 21 ans. (Hôpital de la Salubrité). Hospitalisée le 10 septembre 1945 pour chancres mous de la marge de l'anus et du pli interfessier. Menace de bubon inguinal droit.

Le 11 septembre 1945, Cuti-Dmelcos : nettement positif..

Traitement local. Traitement anti-syphilitique. Dmelcos intraveineux.

Observation XXXIV

B... Alice, 56 ans, (hôpital de la Salubrité). Hospitalisée le 27 août 1946, pour ulcération de la fourchette avec grosse adénite droite.

Cliniquement : chancres mous caractéristiques de la fourchette, avec adénopathie inguinale droite.

Le 29 août 1946, B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : fortement positif.

Traitement : sulfamides.

Remarque. — On relève dans les antécédents de cette malade : hospitalisée le 31 janvier 1946 pour ulcération de la petite lèvre gauche avec très grosse adénite (pour diagnostic et traitement). Cliniquement : présence au niveau de la petite lèvre gauche d'une ulcération du type traumatique, saignant au contact du spéculum, avec grosse adénopathie inguinale satellite du type inflammatoire.

Cuti-Dmelcos : très fortement positif (pustulette).

Observation XXXV

P... Louis, 33 ans, manœuvre, hôpital du Tondu (salle J, lit 2). Hospitalisé le 7 novembre 1946 pour chancre mixte.

Le malade, en traitement anti-syphilitique depuis le mois d'août, présente à son entrée à l'hôpital une ulcération du prépuce à fond gris et suitant, à bords décollés, douloureuse au toucher.

On note de l'œdème du prépuce, de la balanite. Présence d'un écoulement de pus jaunâtre. Il est impossible de décalotter.

Le 14 novembre 1946, le malade ressent une douleur dans la région inguinale.

Le 16 novembre, apparition d'un bubon inguinal gauche non fluctuant.

Traitement anti-syphilitique. Traitement local du chancre mou.

Le 5 novembre (hôpital Saint-André) : recherche du bacille de Ducrey : négative. Cuti-Dmelcos : douteux.

Deuxieme Groupe

Observations résumées des malades non-chancrelleux affirmant n'avoir jamais présenté de manifestations chancrelleuses

Observation XXXVI

D... Roger, 22 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 1). Hospitalisé pour chancre syphilitique.

Le 25 avril 1946, B.W. : ++++. Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XXXVII

V... André, 21 ans, matelot, hôpital du Tondu (salle J, lit 4). Hospitalisé pour chancre syphilitique. Œdème du prépuce.

Le 27 mai 1946, B.W. : négatif.

Le 4 juin 1946, B.W. : légèrement positif. Cuti-Dmelcos : négatif.

Le 11 juin 1946, B.W. : ++++.

Observation XXXVIII

L.... André, 28 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 5). Hospitalisé le 26 juin 1946 pour maladie de Nicolas et Favre.

Présente une adénopathie inguinale bilatérale, plus marquée à gauche.

La peau est rouge ; les ganglions sont durs et indolores.

Le malade n'a jamais constaté la présence d'un chancre. L'adénopathie, apparue vers le 15 mai, diminuait par le repos au lit, augmentait par la fatigue.

Le 26 juin, B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : négatif. Réaction de Frei : positive.

Observation XXXIX

N... Arman, 26 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J, lit 6). Hospitalisé le 15 août 1946 pour chancres indurés du prépuce et blennorragie. Œdème du prépuce.

Le 16 août, recherche de tréponèmes : négative. Recherche du bacille de Ducrey : négative. B.W. négatif. Cuti-Dmelcos : négatif.

Le 19 août, recherche du gonocoque : positive.

Le 31 août, le B.W. devient positif :+.

Observation XL

Mac D... Arthur, 39 ans, navigateur, hôpital du Tondu (salle J, lit 5). Hospitalisé le 17 septembre 1946 pour chancre induré du prépuce.

Œdème du prépuce.

Le 17 septembre, Cuti-Dmelcos : négatif. B.W. : négatif.

Le 21 septembre, recherche du bacille de Ducrey : négative.

Le 1er octobre, le B.W. devient ++++.

Observation XLI

E... José, 33 ans, mécanicien. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 14 octobre 1946, consultation pour herpès génital.

Recherche du trépomène : négative. Recherche du bacille de Ducrey : négative. B.W. négatif. Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XLII

L... Justo, 31 ans, terrassier. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Le 9 novembre 1946, consultation pour chancres indurés du sillon balano-préputial. Œdème du prépuce.

Recherche du tréponème : positive.

Recherche du bacille de Ducrey : négative.

B.W. : négatif.

Cuti-Dmelcos : douteux.

Observation XLIII

M... Jean, 25 ans, employé S.N.C.F. Hôpital du Tondu (salle J, lit 8).

Hospitalisé le 15 août 1946 pour chancre scabieux et adénopathie inguinale bilatérale.

B.W. : négatif.

Cuti-Dmelcos : négatif.

Traitement : Fontan.

Observation XLIV

V... Roger, 23 ans, distillateur, hôpital du Tondu (salle J., lit 3).

Hospitalisé le 24 septembre 1946 pour syphilis secondaire.

B.W. : ++++.

Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XLV

El H... ben Brek, 44 ans, acrobate, hôpital du Tondu (salle J, lit 4).

Hospitalisé le 29 octobre 1946 pour chancres indurés du sillon balano-préputial.

Recherche du tréponème : positive.

Recherche du bacille de Ducrey : négative.

B.W. : ++++.

Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XLVI

D... Abd-el-Kader, 32 ans, menuisier, hôpital du Tondu (salle I, lit 4).

Hospitalisé le 5 décembre 1946, pour syphilis secondaire.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XLVII

B... Marcel, 20 ans, manœuvre, hôpital du Tondu (salle 1 lit 2).

Hospitalisé le 11 décembre 1946 pour urétbrite gonococcique.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XLVIII

A... Issan, 33 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle 1, lit 15).

Hospitalisé le 7 décembre 1946, pour syphilis primaire.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation XLIX

V... Nicolas, 35 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle 1, lit 13).

Hospitalisé le 24 septembre 1946, pour syphilis secondaire.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation L

L... Pedro 18 ans, agriculteur. Hôpital du Tondu (salle 1 lit 5).

Hospitalisé pour orchite.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LI

B... Justin, 24 ans, voilier. Hôpital du Tondu (salle A lit 2).

Hospitalisé le 2 décembre 1946 pour dermite infectieuse.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LII

F... Jean, 26 ans. Hôpital du Tondu (salle A, lit 3).

Hospitalisé le 18 novembre 1946 pour sycosis tricophytique.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : douteux.

Observation LIII

B... Jean, 41 ans, cultivateur. Hôpital du Tondu (salle A, lit 4).

Hospitalisé le 16 novembre 1946 pour lésions papulo-vésiculeuses évoluant depuis un an.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LIV

B... Christian, 26 ans, manœuvre. Hôpital du Tondu (salle A, lit 5).

Hospitalisé le 2 décembre 1946 pour gale infectée.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LV

F... Jean, 49 ans, hôpital du Tondu (Salle A, lit 6).

Hospitalisé le 21 novembre 1946 pour mélanodermie (?)

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LVI

G... José, 35 ans. Hôpital du Tondu (salle A lit 7).

Hospitalisé le 9 décembre 1946 pour sycosis.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LVII

D... Maxime, 53 ans, hôpital du Tondu (salle A, lit 9).

Hospitalisé le 11 octobre 1946 pour dermo-épidermite microbienne.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LVIII

G... Bernard, 49 ans, employé S.N.C.F. Hôpital du Tondu (salle A, lit 15).

Hospitalisé le 10 octobre 1946 pour épithélioma spino-cellulaire.

Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LIX

B... Hervé, 19 ans. employé. Hôpital du Tondu (salle A, lit 17).
Hospitalisé le 2 décembre 1946 pour gale et furonculose.
Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LX

M.... Eugène, 38 ans, hôpital du Tondu (salle A, lit 18).
Hospitalisé le 8 novembre 1946 pour ulcère variqueux.
Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXI

P... Pierre, 18 ans, cultivateur. Hôpital du Tondu (salle A, lit 14).
Hospitalisé pour plaie de la jambe droite.
Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXII

C... Jean, 56 ans, cultivateur, hôpital du Tondu (salle A, lit 10).
Hospitalisé le 6 décembre 1946 pour sporotrichose.
Le 12 décembre 1496, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXIII

C... Jean, 64 ans, mouleur. Hôpital du Tondu (salle A, lit 12).
Hospitalisé le 21 novembre 1946 pour ulcère variqueux.
Le 12 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXIV

J. Jeanne, 67 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle D, lit 5).

Hospitalisée le 4 novembre 1946 pour gangrène cutanée de la face postérieure de la jambe.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXV

L... Jeanne, 33 ans, vendeuse. Hôpital du Tondu (salle D lit 7).

Hospitalisée pour plaie de jambe et syphilis secondaire.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXVI

P... Antoinette, 26 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle D, lit 15).

Hospitalisée le 15 novembre 1946 pour syphilis.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXVII

C... Marie, 58 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle D, lit 16).

Hospitalisée le 15 novembre 1946 pour eczéma.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXVIII

S... Marie, 56 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle D, lit 19).

Hospitalisée le 3 décembre 1946 pour ulcère variqueux.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXIX

B... Eugénie, 72 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle D, lit 20).

Hospitalisée le 13 avril 1945 pour maladie de Paget du sein.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXX

D... Gilberte, 20 ans, bonne. Hôpital du Tondu (salle D, lit 9).

Hospitalisée le 13 décembre 1946 pour gale.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXI

T... Jeanne, 75 ans, sans profession. Hôpital du Tondu (salle D, lit 10).

Hospitalisée le 13 décembre 1946 pour érysipèle.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Troisieme Groupe

Observations résumées des malades non chancrelleux avouant des antécédents chancrelleux

Observation LXXII

Le D... Paul, 46 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle J lit 1).

Hospitalisé le 20 septembre 1946 pour chancre induré du prépuce.

Antécédents : chancre mou au début du mois de juin 1946. Bubon inguinal droit, qui a régressé après 7 injections intraveineuses de Dmelcos. A réapparu par la suite et s'est ouvert spontanément.

Le 20 septembre, B.W. : ++++.

Le 22 septembre, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXIII

D... Pierre, 29 ans, employé des P.T.T. Consultation de l'hôpital Saint-André.

Consultation le 20 septembre pour herpès génital.

Antécédents : chancre mou en 1938, en Afrique du Nord, sans complications ganglionaires.

Diagnostiqué bactériologiquement (présence de bacille de Ducrey), selon les dires du malade.

L'affection a guéri rapidement par le traitement local.

Le 20 septembre, recherche de tréponèmes : négative. Recherche du bacille de Ducrey : négative. B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : très légèrement positif.

Observation LXXIV

B... Marie, 23 ans. Hôpital de la Salubrité. Hospitalisée le 5 octobre 1946, à la suite d'une plainte en contamination pour syphilis.

Antécédents : le 27 août 1946, hospitalisée pour plainte en contamination de chancre mou. Ne présente aucun signe clinique. Pas de chancre mou visible.

B.W. : négatif. Cuti-Dmelcos : négatif.

Le 14 novembre 1946 : Cuti-Dmelcos nettement positif.

Observation LXXV

M... Lucie. Hôpital de la Salubrité.

Hospitalisée le 15 novembre 1946 pour métrite cervicale et papillomes de l'orifice vaginal.

Antécédents : chancre mou de l'anus en mai 1944, à Marseille.

Le 16 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXVI

E... Louis, 36 ans, navigateur. Hôpital du Tondu (salle I, lit 14).

Hospitalisé pour poursuivre un traitement anti-syphilitique.

Antécédents : en octobre 1946, à Casablanca, hospitalisé pour blennorragie, ulcération du sillon balano-préputial, roséole et syphilides plantaires.

Le 4 octobre 1946, recherche de tréponèmes : positive. Recherche de bacille de Ducrey: positive. Recherche de gonocoques: positive. B.W. : positif.

Traitement : pénicilline 3.180.000 unités. Muthanol-Fontarsol. Traitement local du chancre mou.

Le 14 décembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Quatrieme Groupe

Observations résumées de sujets non chancrelleux, mais susceptibles d'avoir eu dans leurs antécédents des manifestations chancrelleuses (prostituées)

Observation LXXVII

B... Simone, 22 ans. Hôpital de la Salubrité. Hospitalisée le 5 novembre 1946, pour uréthrite gonococcique.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Obbservation LXXVIII

C... Geneviève, 29 ans, Hôpital de la Salubrité. Hospitalisée le 9 novembre 1946 pour bartholinite gauche.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXIX

E... Albertine, 39 ans. Hôpital de la Salubrité.

Hospitalisée pour métrite cervicale.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXX

H... Nadige, 22 ans. Hôpital de la Salubrité.

Hospitalisée le 9 novembre 1946 pour lymphogranulomatose inguinale (?).

Cliniquement, on n'observe aucun accident ni ulcération, ni nodule au niveau des organes génitaux.

Ganglions inguinaux du type syphilitique à gauche.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXXI

L... Louise, 18 ans. Hôpital de Salubrité. Hospitalisée le 25 octobre 1946 : en observation.

B.W. : négatif.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXXII

M... Lucienne, 36 ans. Hôpital de la Salubrité.

Hospitalisée le 9 novembre 1946 pour syphilis secondaire.

B.W. : ++++.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXXIII

M... Renée, 26 ans. Hôpital de la Salubrité.

Hospitalisée le 31 octobre 1946. En observation.

Présence de gonocoques. B.W. : négatif.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXXIV

L... Jeanne, 18 ans. Hôpital de la Salubrité. Hospitalisée le 9 octobre 1946, pour gale et pédiculose.

Pas d'accidents vénériens visibles.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

Observation LXXXV

O... Marie-Jeannne, 30 ans. Hôpital de la Salubrité.

Entre le 4 novembre 1946 pour urethrite.

Présence de gonocoques.

Aucun antécédent chancrelleux connu.

Le 14 novembre 1946, Cuti-Dmelcos : négatif.

CONCLUSIONS

I. — La fréquence du chancre mou pendant ces quinze dernières années a subi des fluctuations en rapport avec la transhumance des populations :

Augmentation du nombre de chancres mous après la guerre d'Espagne ; chute, au contraire, lorsqu'il y eut impossibilité pour les populations d'Afrique du Nord de venir en France ; recrudescence lors de la Libération et du débarquement des troupes indigènes.

II. — Considéré autrefois comme une affection locale, le chancre mou est, en réalité, une affection générale, provoquant des troubles humoraux.

Son individualité clinique est classique : on a décrit l'ulcération chancrelleuse, les complications ganglionnaires et son association avec la syphilis ou chancre mixte.

III. — D'un diagnostic clinique parfois difficile, cette affection peut être diagnostiquée par des méthodes de laboratoire :

a) Recherche du bacille de Ducrey ;
b) Auto-inoculation et intra-épidermo-inoculation ;
c) Culture du bacille de Ducrey ;
d) Intra-dermo-réaction d'Ito-Reenstierna ;
e) Réaction de fixation de Rivalier.

IV. — L'Intra-dermo-réaction, découverte par Ito, vulgarisée par Reenstierna, appelle les remarques suivantes :

A). — Elle peut être pratiquée avec divers antigènes dont les principaux sont :

a) L'émulsion normale de Nicolle et Durand (450 mil-

lions de bacilles de Ducrey tués par centimètre cube) ; et des produits similaires commercialisés : Dmelcos (225 millions de bacilles de Ducrey tués par centimètre cube), et Cuti-Dmelcos (450 millions de bacilles de Ducrey tués par centimètre cube).

b) La Streptobacilline de Rivalier.

B). — La technique de l'Intra-dermo-réaction est simple.

C). — Une réaction positive est caractérisée par une papule rouge entourée d'une zone érythémateuse. Elle s'accompagne de prurit et, parfois, d'une fièvre légère.

La réaction, de nature allergique, est caractérisée par une lésion initiale nécrotique entourée d'une réaction inflammatoire secondaire.

D). — L'Intra-dermo-réaction positive est le témoignage de l'allergie chancrelleuse.

a) L'allergie apparaît quelquefois une semaine après le début du chancre ; mais, plus habituellement, beaucoup plus tard.

b) Peu marquée et souvent imprécise chez les malades porteurs de chancres récents et non compliqués, l'allergie devient plus nette en cas de complications ganglionnaires et dans les vieux chancres. Elle est particulièrement marquée dans les cas de réinfection.

c) L'allergie disparaît au cours du traitement par les injections intra-veineuses de vaccin anti-streptobacillaire.

d) La recherche de l'Intra-dermo-réaction permet de prévoir les résultats du traitement vaccinothérapique, et de ne l'instituer qu'à bon escient, avec des doses optima.

e) L'anergie due à la vaccinothérapie peut provoquer, en particulier, des réveils de paludisme et de tuberculose.

f) L'allergie persiste de nombreuses années après la guérison de l'affection chancrelleuse, donnant lieu parfois à des intra-dermo-réactions très fortement positives.

E). — La plupart des statistiques tendent à montrer la spécificité de la méthode.

Avec le Cuti-Dmelcos, nous avons obtenu les résultats suivants :

a) Chez 35 malades atteints de chancrelles simples ou compliquées :

29 réactions positives,
4 réactions douteuses,
2 réactions négatives,

soit 82 % de réactions positives.

b) Chez 5 sujets non chancrelleux, avouant des antécédents chancrelleux :

2 réactions positives,
3 réactions négatives,

soit 40 % de réactions positives.

c) Chez 36 témoins exempts de toute affection chancrelleuse et affirmant n'en avoir jamais présenté antérieurement :

33 réactions négatives,
3 réactions douteuses,

soit 100 % de réactions négatives si l'on considère comme négatives les réactions douteuses.

d) Chez 9 prostituées ne présentant actuellement aucune manifestation chancrelleuse :

9 réactions négatives,

soit 100 % de réactions négatives.

Nos résultats, moins constants que ceux des auteurs qui ont utilisé un antigène préparé à partir de souches jeunes, sont cependant plus fréquemment positifs que ceux des auteurs qui utilisaient le vaccin Dmelcos.

F). — Facile à pratiquer, l'Intra-dermo-réaction *est très utile dans le diagnostic des adénopathies inguinales*, et possède une valeur pronostique évidente.

Parfois difficile à interpréter, *inconstante dans les premiers jours de la lésion, elle est insuffisante pour affirmer un diagnostic* et ne doit pas faire négliger l'examen clinique et la recherche du bacille de Ducrey dans la lésion.

L'existence d'un chancre mixte est toujours à craindre : il serait impardonnable de négliger la recherche du tréponème dans les ulcérations et de ne pas pratiquer régulièrement, tous les huit jours, une réaction de Bordet-Wassermann ou de floculation dans le sang du malade pendant deux mois au moins à partir du début de l'ulcération suspecte.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Le Doyen,
DUPÉRIÉ.

Le Président du Jury,
JOULIA.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 23 décembre 1946.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

AUDRY et FABRE. — « Syphilome ano-rectal hyperplasique. Intradermo-réaction négative au Frei, positive au Dmelcos. Efficacité du Dmelcos ». *Bull. Soc. Franç. de Dermat et Syphil.,* 11 juin 1931, p. 883.

BAZIN (André). — *Contribution à l'étude des chancres mixtes, de leur fréquence, de leur diagnostic précoce.* Thèse de Paris, 1921.

COLE (H.-N.) et LEVIN (E.-A.). — « The intradermal reaction for chancroids with chancroidal bubo pus ». *The Journal of the American Medical Association,* 21 décembre 1935, page 2040.

COVISA. — « Diagnostic du bubon chancrelleux ». V[e] Congrès des Dermatologistes et syphiligraphes de langue française (Lyon, 19, 21 juillet 1934), in *Journal des Praticiens,* numéro 7, 16 février 1935.

DEJEAN (Jacques). — *Le traitement du bubon chancrelleux par la vaccinothérapie spécifique.* Thèse de Bordeaux, 1931.

DUBREUILH (W.) et BROUSTET (P.). — « Traitement des chancres mous et de leurs complications par le vaccin de Nicolle ». *Annales de Dermat. et Syphil.,* octobre 1925, N° 10, page 577.

DU CASTEL (R.). — *Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme.* Paris, Doin, édit., 1891.

GALLIOT (A.). — « Quelques mots sur le diagnostic du chancre mixte ». *Journal de Médecine de Paris,* 5 décembre 1925, page 1.029.

GARNIER (G.). — « Traitement du chancre mou et de ses complications ». *Gazette Médicale de France,* 15 décembre 1931, page 701.

GOBERT (E.) et JAMIN (H.). — « Recherche de l'intra-dermo-réaction de Reenstierna chez des sujets sains ou porteurs de chancres mous ou suspects d'en avoir été porteurs antérieurement », *Arch. Inst. Pasteur de Tunis,* octobre 1924 tome XIII, page 304.

HUDELO et GARNIER. — « A propos de l'intra-dermo-réaction vaccinale ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928, in *Bull. Soc. franç. de Dermat. et Syphil.,* juillet 1928, page 674.

ITO (Tetsuta). — « Klinische u. bakteriologisch-serologische studien über Ulcus molle u. Ducrey'sche streptobazillen ». Arch. f. Dermat. u. syph., 1913, page 341. *Anal. Presse Médicale,* 1921.

JERSILD. — « La valeur des tests biologiques employés pour le diagnostic des bubons chancrelleux ». V^e^ congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, (Lyon, 19, 21 juillet 1934), in *Journal des Praticiens,* numéro 7, 16 février 1935.

LACASSAGNE et LEBEUF. — « Diagnostic du bubon chancrelleux ». V^e^ congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française, (Lyon, 19, 21 juillet 1934), in *Journal des Praticiens,* N° 7, 16 février 1935.

LE COULANT (Pierre). — *Le chancre mou. Réactions biologiques générales. Vaccination. Intra-dermo-réaction.* Thèse de Bordeaux, 1928.

LEDECQ (P.-B.). — « Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement du chancre mou », *Bruxelles Médical,* N° 39, 26 juillet 1925, page 1.245.

LORTAT-JACOB et Mlle Th. BROSSE. — « Variations comparatives de l'intra-dermo-réaction avec et sans traitement par le Dmelcos ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, juillet 1928, page 679.

LORTAT-JACOB, POUMEAU-DELILLE et Mlle Th. BROSSE. — « Valeur diagnostique de l'intra-dermo-réaction au Dmelcos dans l'infection chancrelleuse ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, juillet 1928, page 678.

MAY (de Montevideo). — « Contribution au diagnostic du bubon chancrelleux ». Communication au V^e^ congrès des dermatologistes et syphiligraphes de langue française (Lyon, 19, 21 juillet 1934), in *Journal des Praticiens*, numéro 7 (16 février 1935).

MILIAN (G.). — *Le Chancre mou. Pratique médicale illustrée.* Doin, édit., 1931.

NICOLAS (J.) et LACASSAGNE (Jean). — « L'intra-dermo-réaction chancrelleuse. Sa valeur diagnostique. Ses variations. Etat allergique et anergique. (Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928). *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, juillet 1928, page 662.

NICOLAS (J.), LACASSAGNE (J.), et ALCALAY (N.). — « L'intra-dermo-réaction dans les manifestations chancrelleuses par le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand », *Bull. soc. franç. de Dermat. et syphil.*, 18 novembre 1926, page 664.

NICOLAS (J.), LACASSAGNE (J.), et SAMAAN (G.). — « Sur le mécanisme des variations de l'état allergique sous l'influence du traitement par le vaccin de Nicolle et Durand au cours de l'infection chancrelleuse », *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1927, page 500.

NICOLAS (J.), LACASSAGNE (J.) et ZEITOUN (J.) — « L'intra-dermo-réaction dans l'infection chancrelleuse », *Journal de Médecine de Lyon*, 20 mai 1927, page 245.

NICOLAS (J.), LEBEUF (F.), WEIGERT (H.). — « L'intra-dermo-inoculation des lésions chancrelleuses ». Réunion dermatologique de Lyon, 20 novembre 1930. *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, janvier 1931, page 106.

NICOLAU et BANCIU. — « La culture du streptobacille en milieu liquide ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, juillet 1928, page 640.

— « Recherches sur l'intra-dermo-réaction dans le chancre mou ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bull. soc. franç. de dermatologie et syphil.* Juillet 1928, page 666.

NICOLLE (Charles). — *Recherches sur le chancre mou.* Thèse, Paris, 1893.

NICOLLE (Charles) et DURAND (Paul). — « Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications ». *Presse Médicale*, 27 décembre 1924, page 1.033.

PAUTRIER (L.-M.). — « A propos des lésions sporotrichosiques survenant à la suite de l'intra-dermo-réaction ». *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, 1928, page 440.

PAUTRIER (L.-M.) et ZORN. — « La valeur des différents tests biologiques employés pour le diagnostic du chancre mou ». Réunion dermatologique de Strasbourg. Séance du 8 mars 1931. *Bulletin soc. franç. de derm. et syph.* page 573.

PAYENNEVILLE. — « Valeur diagnostique de l'intra-dermo-réaction par le vaccin streptobacillaire Dmelcos ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bull. soc. franç. dermat et syphil.*, juillet 1928, page 680.

PETGES (G.). — « Sur un signe méconnu du chancre mou ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928, in *Bull. soc. franç. de derm. et syphil.*, juillet 1928, page 726.

RAVAUT, RABEAU et Didier HESSE. — « Nouveau procédé de diagnostic des lésions chancrelleuses : l'intra-épidermo-inoculation de produit frais. *Presse Médicale*, N° 83, 15 octobre 1930, page 1.393.

REENSTIERNA (J.). — « Recherches sur le bacille de Ducrey. Cutiréaction dans le chancre mou. Son application au diagnostic ». *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, tome XII, décembre 1923, page 299.

REILLY (J.). — « L'état allergique dans le chancre mou vis-à-vis des inoculations profondes d'antigène streptobacillaire. Modifications de cet état sous l'influence des injections répétées d'antigène ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bull. soc. franç. de dermat. et syphil.*, juillet 1928, page 659.

RIVALIER. — « Recherches récentes sur l'infection chancrelleuse ». *Revue française de dermatologie et vénéréologie*, N° 1, janvier 1925.

— « Méthodes et milieux de culture du bacille de Ducrey. Obtention des antigènes ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bulletin soc. franç. de derm. et syph.*, juillet 1928, page 649.

— « La réaction de fixation dans le chancre mou ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bulletin soc. franç. de derm. et syph.*, juillet 1928 p. 656.

— « Etat allergique dans le chancre mou vis-à-vis des inoculations cutanées d'antigène (intra-dermo-réaction) ». Réunion dermatologique de Strasbourg, 26 mai 1928. *Bulletin soc. franç. de dermat. et syphil.*, juillet 1928.

— *La Chancrelle. Nouvelle pratique dermatologique.* Tome III, page 943. Masson, éditeur 1936.

Segal (M.-B.) et Silberq (J.-G.). — « L'intra-dermo-réaction spécifique dans le chancre mou ». *Sovietsky Vestnik Venerologii i dermatologii,* N° 10, 1934, in *Annales de dermat. et syph.* N° 3, 1936, page 330.

Sezary (A.), Levy-Coblentz (G.), Mauric et Lenegre. — « Les lésions histologiques des intra-dermo-réactions au vaccin anti-chancrelleux et à l'antigène de Frei. *Bull. soc. franç. de derm. et syphil.,* 12 juillet 1934, page 1.502.

Teissier (P.), Reilly (J.) et Rivalier (E.). — « Recherches expérimentales sur l'infection chancrelleuse », *Journal de Physiologie et Pathologie générale,* tome xxv, N° 2, juin 1927.

Thibierce (G.) et Legrain (P.). — « Contribution au diagnostic du chancre mixte. La réaction de B.W. dans le chancre simple ». *Presse Médicale,* 16 juillet 1921.

Tixier (L.) et Bize (P.). — « Note sur quelques cas d'anergie consécutifs au traitement antichancrelleux par le vaccin de Nicolle ». Soc. méd. Hôp. de Paris, 23 juillet 1926. *Presse Médicale,* N° 48, 21 août 1926, page 918.

Zeitoun (Jules). — *Contribution à l'étude de l'intra-dermo-réaction par le vaccin anti-streptobacillaire de Nicolle et Durand.* Thèse de Lyon, 1927.

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. SAMIE
21-23, rue Teulère
—
1947

Dépôt légal 15.090. — 1er trimestre 1947.